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



“PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO‘LLASH”

mavzusidagi respublika ilmiy – amaliy anjuman

MATERIALLARI

Andijan – 2021



“PROFILAKTIK TIBBIYOTDA YUQORI INNOVATSION TEXNOLOGIYALARNI QO‘LLASH”

mavzusidagi respublika ilmiy – amaliy anjuman

MATERIALLARI

TAXRIR XAY'ATI

Bosh muharrir - **Madazimov M.M.,** tibbiyot fanlari doktori, professor

Bosh muharrir o’rinbosari - **Xodjimatov G.M.,** tibbiyot fanlari doktori, professor

Muharrirlar -
Musashayxov X.T.
Saloxiddinov Z.S.
Mamasoliyev N.S.
Arziqulov A.Sh.
Tursunov X.X.
Asranqulova D.B.
Xudoyberdiyev Q.T.
Saloxiddinov K.Z.
Kuziboyeva M.M.
Mamatxujayeva G.N.

Kompyuter grafikasi muharrirlari -
Jaxongirov J.A.
Bektashev I.B.
Dilshodov A.D.
Bustanov Sh.Ya.
Abduraxmonov S.X.

Ushbu to’plamga kiritilgan tezislar taqrizdan o’tkazilmagan. Ushbu ma'lumotlarning mazmuni va to'g'riligi uchun mualliflar javobgardir.

© Andijon davlat tibbiyot instituti 2021yil.



I – ICHKI KASALLIKLAR



ANALYSIS OF THE DEGREE OF ADHERENCE OF PATIENTS TO TREATMENT FOR ISCHEMIC HEART DISEASE

Abduvalieva G.T., Niyozova Yo.M., Yaminova N.Kh.
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem : Software research EuroCaReD : by European Society of Cardiology, by European Society for the Cardiovascular Prevention & Rehabailitation (14 countries of Western Europe) have revealed a correlation relationship
prevention of cardiovascular diseases (CVD) and its complications. Evaluation of the effectiveness of preventive interventions in cardiology centers and "SCHOOLS for patients" is carried out in a number of studies EUROASPIRE II (European Society of Cardiology), ASCOT-BPLA (Great Britain, Ireland, Scandinavian countries), EUR / ICP / IVST (Western Europe), CINDI, MONIKA, RELIF (Russia) and other studies (from 2000 to the present day). In addition, the effectiveness of cardiac rehabilitation programs is shown , the withdrawal of 30% of patients from the preventive program and a decrease in patients' adherence to the prevention of risk factors (RF) by 1.5-2 times.

Purpose of the study: to determine the awareness of patients with coronary artery disease about RF with the study of the reasons for the adherence of patients to the implementation of medical recommendations.

Material and research methods: It turned out that 7 patients (30.4%) out of 23 with higher education adhere to therapy constantly / regularly, 13 (56.5%) of them periodically / irregularly and do not adhere to 3 people (13.1%) ... Whereas, in the group with secondary education, out of 44 patients, 16 respondents (36.3 %) constantly / regularly adhere to therapy , 14 (31.8%) people periodically / irregularly, 12 (27.2%) do not adhere to therapy , and resume therapy of 2 patients (4.5%) in the presence of pain in the heart. These data indicate mainly the low adherence of patients with higher and secondary education to the prescribed therapy, which amounted to 69.6% and 63.5%.

Research results: In this regard, a survey was conducted among 58 and 54 respondents of both groups with irregular adherence to prescribed therapy. It turned out that the reasons for this are: low financial opportunities in 26.5% and 31.3% of cases; consider constant adherence to therapy harmful to the body - 7.4% and 9%; sufficient treatment only in case of poor health in 16.2% and 17.9% of cases; 16.2% and 9% of patients underestimate the severity of their condition. After the informational intervention, a high level of patient adherence to the main therapy was noted, only point 5 (lack of material resources) when prescribing the main therapy forced them to resort to prescribing drugs of lower cost. Scientific studies have shown that patient compliance with the therapy regimen increases the patient's treatment efficiency. There are 3 degrees of adherence to the treatment: complete (missing less than 25% of appointments); partial (pass 25-65%); absence (missing more than 65%) (Eremenko M., 2008) Summing up the results of the study, we calculated an assessment of the degree of adherence to the treatment of 207 patients included in the study 2 years before the end of the observation. She showed that a full degree of adherence was found in 135 (65.2%) patients with coronary artery disease, partial in 30 (14.5%) and absence in 42 (20.3%) respondents. One of the simplest tests for assessing adherence to drug treatment is the Morisky-Green test (1986), which includes 4 questions. Compliant (adherent) according to this test is the number of patients gaining 4 points, non - compliant - less than 3. According to the test, 21 and 43 patients out of 135 respondents were compliant in groups 1 and 2, which amounted to 47.4%. I would like to note that, despite the general low level of compliance among all surveyed persons, in patients of group II after studying at the SCHOOL of health, it increased by 45%.

Conclusion: insufficient compliance to therapy will serve as an additional risk factor for the unfavorable course of coronary artery disease. Our study proved that an increase in adherence of patients with coronary artery disease to all methods of treatment can be achieved through the creation of motivation for treatment in patients in health SCHOOLS and keeping it by GPs for a long time.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЭРИТРОНА БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время на первый план выходят такие проявления кровоточивости, как желудочно-кишечные, почечные кровотечения, кровотечения при оперативных вмешательствах, забрюшинные гематомы. Данные осложнения часто вызывают анемию, переносимую пациентами значительно легче, чем больными с другими заболеваниями.

Цель исследования. Целью данной работы являлись анализ и оценка морфофункционального состояния периферического звена эритрона у больных гемофилией в группах с обострением и без обострения геморрагического синдрома при наличии или отсутствии анемии на момент обследования для характеристики эритропоэза у этих больных.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено у 47 пациентов и 10 здоровых людей, составивших группу сравнения.

Результаты исследования. У больных тяжелой формой гемофилии с наличием или отсутствием геморрагического синдрома выявлены признаки ускоренного эритропоэза, выражающиеся в изменении эритроцитарной формулы и морфологии эритроцитов.

Исследование периферического звена эритрона у больных гемофилией определило ретикулоцитоз (28,8‰), а также левый сдвиг ретикулоцитарного ряда до появления ретикулоцитов I и II классов, что является косвенным показателем повышенной регенераторной способности костного мозга.

У пациентов с тяжелой формой гемофилии в группе с обострением геморрагического синдрома (с анемией) установлено снижение электрофоретической подвижности эритроцитов периферической крови.

Соотношение между отдельными параметрами периферического звена эритрона (электрофоретическая подвижность эритроцитов периферической крови, скорость оседания эритроцитов, количество эритроцитов, средний объем эритроцита) указывает на особенности эритропоэза у больных с тяжелой формой гемофилии.

На фоне адекватной и своевременной гемостатической терапии обострений тяжелой формы гемофилии трансфузионная терапия эритроцитосодержащими компонентами крови без наличия для того клинических симптомов не является необходимой.

Несмотря на периодическую или регулярную кровопотерю, организм пациентов с тяжелой формой гемофилии адаптируется к ней и включает компенсаторные реакции ее возмещения.

Выводы. Результаты настоящего исследования способствуют углублению знаний о состоянии периферического звена эритрона у больных гемофилией. Полученные сведения о морфофункциональных особенностях эритроцитов при гемофилии представляются важными, поскольку дают ценную информацию о структурных изменениях клеток в условиях хронической и острой кровопотери или вне обострения геморрагического синдрома. Полученные данные могут в дальнейшем играть существенную роль в изучении адаптационных возможностей эритрона и необходимости проведения трансфузий эритроцитосодержащих компонентов крови при развитии анемии.

МЕТОДЫ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., ДелкашеваШ.Д., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время интерес к изучению герпесвирусных инфекций связан с широкой распространенностью герпесвирусов в человеческой популяции, особенно среди детского населения. Заболевания, вызванные герпесвирусами, могут стать причиной развития опасных осложнений, поэтому необходимо проводить своевременное лабораторное установление этиологии заболевания и фазы инфекционного процесса, базирующееся на комплексном использовании высокочувствительных и специфичных методов.

В этой связи анализ достижений в области лабораторной диагностики герпес-вирусных инфекций, включающий эпидемиологические, патогенетические аспекты и различные методы диагностики для каждой инфекционной формы со сравнительной их оценкой, является весьма актуальным.

В представленном аналитическом обзоре собраны данные отечественной и зарубежной литературы, отражающие наиболее распространенные методы диагностики герпесвирусов, используемые в настоящее время, с оценкой их информативности и недостатков.

Цель исследования. Целью работы был анализ частоты и активности герпесвирусной инфекции у гематологических больных (n=170) и детей с соматическими заболеваниями (n=22).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 170 больных с различными формами гемобластозов и 22 пациента детского возраста с соматическими заболеваниями. Материалами исследования служили кровь, сыворотка, мазки со слизистой верхних дыхательных путей, костный мозг, ликвор.

Методом NAT – тестирования крови ДНК ЦМВ выявлена в 5,8%, ВЭБ в 15,2% и ВГЧ 6 – 8,0%. Серологическое тестирование (ИФА) крови больных определило частоту ЦМВ-серонегативных больных (4,4% взрослых и от 28,6% до 54,5% детей), нуждающихся в серонегативных гемокомпонентах.

Результаты исследования. В исследованных образцах материалов частота выявления геномов ВЭБ составила 15,2% в крови и 24,1% – в мазках со слизистых верхних дыхательных путей, а ВГЧ 6 – 8,0% в

крови и 19,6% – в мазках. Обращает внимание более низкая частота выявления генома ЦМВ как в крови (5,8%), так и в мазках (9,8%).

Таким образом, по распространенности и частоте обнаружения во всех материалах, полученных от больных, на первое место претендует вирус Эпштейна-Барр, что согласуется с данными литературы о высокой частоте выявления ВЭБ при развитии пневмонии у больных гематологического профиля.

Результаты серологического тестирования на антитела к вирусам группы герпеса сыворотки крови гематологических больных. Методом ИФА исследовано 228 образцов сыворотки крови, в том числе на ЦМВ – 136 и на ВЭБ – 92.

Анализ полученных результатов свидетельствует о высокой частоте инфицирования обследованных гематологических больных указанными представителями вирусов группы герпеса (IgG + анти-ЦМВ составляет 95,6% и 100% IgG + АТ к ВЭБ). При этом обращает внимание наличие хронической формы инфекции, т.к. IgM антитела отсутствуют в 89,8% (при тестировании на ЦМВ) и в 98,6% (при тестировании на ВЭБ).

Однако, несмотря на высокую частоту инфицирования ЦМВ, 4,4% больных остаются серонегативными (IgG -) и не имеют признаков первичной инфекции, о чем свидетельствует отсутствие как IgG, так и IgM антител.

Следовательно, вопрос о необходимости учета серологического статуса больных и доноров остается актуальным.

Выводы. При высокой частоте инфицирования герпесвирусами обследованных гематологических больных, отсутствии и практики обследования доноров на ЦМВ и проведении массивной гемокомпонентной терапии в период стационарного лечения 4,4% взрослых пациентов остаются серонегативными по отношению к ЦМВ.

В большей степени ЦМВ-серонегативность проявилась у детей с соматическими заболеваниями. Ее частота составила 54,5% в группе детей в возрасте от ≤ 1 года до 10 лет и 28,6% – в возрасте от 11 до 18 лет, что необходимо учитывать в клинической практике при проведении гемотрансфузий в педиатрии, в том числе при современной тактике внутриутробных обменных переливаний при имеющемся резус - конфликте.

ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Абдукадиров У.Т.
Кафедра неврологии
Андижанский государственнқй медицинский институт

Актуальность. Тревога известна каждому. 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.

Цель исследования. Целью нашего исследование 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 возникают в среднем у 28 % больных вегето-сосудистых расстройств. Комбинация этих болезней ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

Материалы и методы исследования. В клинике АГМИ в неврологическом отделении было обследовано 40 больных, от 30 – 60 лет, из них женщин 18 (45%), мужчин 22 (55%).

Результаты исследования. 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 2 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 (учащенные дыхание, мышечные наряжения, 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 предьявляли 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, исчезли тревога. В связи с этим целесообразно использование психотропных препаратов в терапевтической пратике.

Вывод: Психотропные средства в комплексе с симптоматическим лечением более эффективны в лечении вегето-сосудистых расстройств.

ELECTROPHORESIS WITH MUMIYO IN A COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE

Abdukadirova D.T, Xolmatov R.I, Sotvoldiyev M.M.
Andijan State Medical Institute

Purpose of the study. Analysis of the use of electrophorese with mumiyo in the complex treatment of patients with osteochondrosis of lumbar spine.

Material and research methods. We have analyzed 168 patients were treated in neurological medical and physiotherapy departments with lesions the peripheral nervous system, including the lumbar sacral osteochondrosis: primary - 33 and secondary - 61, with sciatica - 54, with sciatic nerve neuritis - 20. The age of the patients is from 20 to 60 years, the duration of the disease is from 1 year up to 16 years. All patients are diagnosed at the clinic of nervous diseases.

Results and its discussion. Primary patients with acute course (sciatica, plexalgia, acute pain in the lumbar spine) were prescribed electrophoresis with mumiyo from the first day of admission. With 4-5 sessions of treatment, patients strong pains disappeared, the volume of active movements slightly increased Xia, the patients became active. From 4-5 days of admission to the complex treatment was prescribed in addition to exercise therapy and massage. 36patients from 62 on the 8th day the pain completely disappeared, patients considered themselves practically healthy, in 13 patients after sessions, the pain disappeared, and in 14 patients the pain lasted until 12-14 days. Patients with secondary lumbosacral osteochondrosis (107 patients with severe course, along with physical antiinflammatory drugs were prescribed as therapeutic body, dehydration and vitamin therapy. It was laid on a shield and in the first days were appointed diadinam-chemical currents with mumiyo from both poles. In all cases, the current strength is dosed at the maximum level minimally accessible. In addition, for 4-5 days of the disease, they were prescribed pilaf procedures, massage exercise therapy, developed by prof. Ep-fan (2014) with some individualization. In patients who received the above procedures, the first reduction sharp pains occurred in 52 patients on days 4-6 and in 42 on the 8-10th day, in 6 patients on the 12th day. During these periods, the patients they considered themselves to be practically healthy. They could freely walk and complete treatment in the physiotherapy department.Physiotherapy procedures were prescribed for patients with sciatica. The first days - electrophoresis of mumiyo 4% in combination with heat vy procedures (paraffin, sollux). In 18 patients from 48 pain syndrome disappeared after 3 procedures, in 23 patients after 10 procedures and in 6 patients, the pain continued for 12 days. Patients with sciatic nerve neuritis with symptoms loss from the 4th day of admission, electrophoresis was performed 4% mumiyo in combination with thermal procedures, mass press and exercise therapy. In 11 patients, after 7 procedures, there was the formation of a symptom of prolapse, and in 9 patients after 12-13 procedures. 6 patients showed recovery reflexes for 12-14 days from the day of admission. Two sick electrophoresis of apifor was carried out.

Conclusions. Analysis of the material showed that differential complex treatment of patients with lesions of the peripheral nervous system by electrophoresis mumiyo, massage and exercise therapy gives good results that allows them to be widely used in the rehabilitation of this disease.

ПАТОГЕНЕЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕТЧАТКЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет (СД) - одно из самых распространенных хронических заболеваний в мире, признанное важнейшей медико-социальной проблемой современности.

Цель – исследовать патогенез морфологических изменений в сетчатке при сахарном диабете.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о патогенезе морфологических изменений в сетчатке при сахарном диабете.

Результаты исследования. Длительное время считалось, что диабетическая ретинопатия - это поражение микроциркуляторного русла сетчатки, развивающееся в результате гипергликемии. Считается, что основная реакция микрососудов сетчатки при хронической гипергликемии - потеря перицитов с образованием впоследствии неперфузируемых капиллярных зон.

Однако сложное гистологическое строение сетчатки с большим количеством нервных клеток позволило предположить наличие и другого компонента в патогенезе заболевания. Так, результаты многочисленных работ последнего десятилетия указывают на присутствие нейрональных механизмов в патофизиологии диабетической ретинопатии.

Основоположниками данной теории явились J.Wolter и J.Bloodworth, которые выявили у пациентов с сахарным диабетом нейродегенеративные изменения сетчатки. В ходе исследования J.Wolter наблюдал атрофию ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) и дегенерацию внутреннего ядерного слоя. Обнаруженные изменения позволили предположить, что сахарный диабет сопровождается апоптозом нейронов, который является предвестником будущих микрососудистых нарушений в сетчатке. Позже, в J.Bloodworth опубликовал работу, в которой была описана гистологическая картина 295 случаев изменений сетчатки при сахарном диабете. Автором были выявлены изменения во внутреннем плексиформном слое и ганглиозных клетках. Изучение полученных срезов сетчатки демонстрировало наличие пикноза и фрагментации ядра ганглиозных клеток, что, бесспорно, свидетельствовало об апоптозе нейронов сетчатой оболочки глаза.

Основываясь на этих данных, автор выдвинул гипотезу: «Диабетическая ретинопатия представляет собой комплекс дегенеративных изменений всех структур сетчатки, возникающих, вероятно, вследствие метаболических или ферментативных нарушений в клетках и, по всей видимости, не связанных с кровоснабжением».

С каждым годом нейродегенеративные изменения сетчатки на фоне сахароного диабета вызывают все больший интерес у ученых. Ретинологи из Канады во главе с T. Scott показали уменьшение числа нервных волокон, а также увеличение количества глиальных клеток и их гипертрофию. Однако при этом морфологических изменений в кровеносных сосудах выявлено не было. К важнейшим достижениям указанной экспериментальной работы относится выявленная зависимость прогрессирования нейродегенеративных изменений в сетчатке от длительности сахарного диабета, что служит неоспоримым доказательством нейронального компонента в патогенезе диабетической ретинопатии.

Недавно Американская Ассоциация Диабета дала определение диабетической ретинопатии как высокоспецифичное тканеспецифичное нейроваскулярное осложнение, включающее в себя прогрессирующее нарушение взаимодействия между клеточными структурами сетчатки.

Заключение. Таким образом, при сахарном диабете у больных происходит комплекс дегенеративных изменений всех структур сетчатки, возникающих вследствие метаболических нарушений в клетках.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОРЕТИНОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Электроретинография (ЭРГ) широко используется в офтальмологической практике для функциональной оценки состояния сетчатки глаза. Клиническая электроретинография позволяет объективно оценивать ранние изменения в структуре сетчатки, определять степень выраженности и распространенность патологического процесса.

Цель – исследовать применение электроретинографии для ранней диагностики диабетической ретинопатии.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о применении электроретинографии для ранней диагностики диабетической ретинопатии.

Результаты исследования. Электроретинография регистрирует электрическую активность сетчатки в ответ на стимуляцию светом определенной интенсивности. Методика электроретинографии достаточно известна: на роговицу пациента помещается контактная линза, в которую встроен отводящий активный электрод, на виске пациента располагают электрод сравнения (референтный электрод). В ответ на световое раздражение регистрируется биоэлектрический импульс, записываемый осциллографом в виде кривой.

Долгое время считалось, что электроретинография является неинформативным методом исследования в отношении пациентов с сахарным диабетом, поскольку классические ЭРГ- компоненты, такие как a-волна и b-волна, остаются нормальными у пациентов на ранних стадиях диабетической ретинопатии.

Однако в более поздних работах все чаще стало встречаться упоминание о разнообразных изменениях параметров электроретинографии.

D.Yonemura сообщил о возникновении серии ритмических всплесков, которые впоследствии были названы осцилляторными потенциалами (ОП), накладывающимися на восходящую ветвь b-волны ЭРГ в ответ на интенсивную вспышку. Далее сообщалось об уменьшении этих вспышек у пациентов с ранней диабетической ретинопатией и без ДР. Замечено, что у пациентов с сахарным диабетом без ретинопатии отмечается достоверное снижение амплитуды a- и b-волны, а также удлинение латентности, что свидетельствует о раннем проявлении нейродегенеративных процессов в разных слоях сетчатки. При выполнении простых электрофизиологических тестов наблюдается изменение амплитуды b-волны

скотопической ганцфельд ЭРГ (отражает функциональное состояние биполярных клеток), а также удлиняется латентность ОП (отражает взаимосвязь амакриновых клеток и биполярных/ганглиозных)

На сегодняшний день по результатам многих исследований доказано, что изменение осцилляторных потенциалов является чувствительным показателем у пациентов с диабетом. С помощью измерения осцилляторных потенциалов можно выявить отклонения в функционировании внутренних слоев сетчатки. Данный вид ЭРГ используется не только для обнаружения ранних диабетических изменений, но и для прогнозирования диабетической ретинопатии. Изменение компонентов ЭРГ при сахарном диабете зависит от выраженности ишемии, вовлечения в процесс наружных и внутренних слоев сетчатки, степени повреждения нейронов ее центральных и периферических отделов.

Заключение. Анализ литературных данных показал, что изменение компонентов электроретинографии на ранних стадиях диабетической ретинопатии свидетельствуют о дисфункции внутренних слоев сетчатки у пациентов с сахарным диабетом.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность.Оптическая когерентная томография (ОКТ) является современным, бесконтактным, неинвазивным методом, который позволяет визуализировать различные структуры глаза, в том числе и сетчатку.

Цель – изучить изменения сетчатки при сахарном диабете по данным оптической когерентной томографии.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о изменениях сетчатки при сахарно диабете по данным оптической когерентной томографии.

Результаты исследования. В 1991 году в США Carmen Puliafito совместно с Joel Shuman и David Huang впервые предложили устройство для прижизненного исследования морфологии сетчатки и описали принципы работы на нем. Позже, в 1996-1997 г., фирмой Carl Zeiss Meditec был внедрен первый прибор в клиническую практику. Оптическая когерентная томография позволяет визуализировать и количественно оценивать структуры сетчатки. Принцип работы схож с В-сканированием с тем отличием, что при В-сканировании используется принцип регистрации акустических волн, а при оптической когерентной томографии - принцип световой интерферометрии.

Полученные изображения при оптической когерентной томографии позволяют дать количественную оценку слоям сетчатки, что невозможно сделать при непрямой офтальмоскопии при использовании щелевой лампы.

Результаты первых работ с использованием оптической когерентной томографии показали, что ранним признаком диабетической ретинопатии является утолщение сетчатки. В одном из исследований у пациентов с сахарным диабетом было отмечено утолщение сетчатки в верхне-носовом квадранте. M. Sugimoto (2005 г.) выявил достоверное утолщение сетчатки во всех квадрантах, а также уменьшение слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) в верхнем квадранте ($p=0,03$ и $p=0,02$). Схожие результаты были получены у A.Araszkiewicz (2012 г.), который обнаружил утолщение слоев сетчатки в перифовеальной области, а также истончение слоя нервных волокон сетчатки и сетчатки в парафовеальной зоне, что тесно коррелирует с длительностью сахарного диабета.

Многие авторы пришли к заключению, что у пациентов с сахарным диабетом происходит потеря внутриретинальной нервной ткани, что приводит к истончению слоев сетчатки. Наиболее выражено характер этого явления проявляется в парацентральной области, так как в ней сосредоточено наибольшее скопление нейроглиальных клеток. Истончение слоя нервных волокон сетчатки также является одним из характерных признаков нейродегенеративных изменений сетчатки, диагностируемых на доклинической стадии сахарного диабета.

Одними из важных нейронов сетчатки считаются ганглиозные клетки. Благодаря им информация, полученная от фоторецепторов через вставочные нейроны, передается в таламус, гипоталамус и средний мозг.

У пациентов с сахарным диабетом без диабетической ретинопатии происходит значимое снижение толщины комплекса ганглиозных клеток сетчатки (ГКС) в указанных областях ($p<0,001$). Это может быть использовано как биомаркер для идентификации нейрональных повреждений сетчатки у пациентов с сахарным диабетом.

Заключение. Таким образом, на сегодняшний день ОКТ является одним из ведущих методов в офтальмологии, позволяющим оценивать изменение структуры сетчатки in vivo у пациентов с сахарным диабетом

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Абдуллаева Б.С., Ахмедханов С.Ш., Ахмедова Ф.Д., Алимирзоев Ф.А.
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения в результате ишемической болезни сердца ежегодно человечество теряет 2,5 млн. жителей, причём более 1/3 из них приходится на лиц трудоспособного возраста. Инфаркт миокарда чреват осложнениями и высоким смертельным риском: летальность отмечается у 6-10 % пациентов, а повторный инфаркт миокарда развивается у 4-12 %. После открытия новых ишемических синдромов: гибернации, «оглушенности» и метаболической адаптации («прекондиционирования») миокарда, ишемия миокарда рассматривается как более сложное клиническое состояние, требующее коренного пересмотра и дополнения лечебных подходов. Одной из терапии инфаркта миокарда является стимуляция кардиопротекции, изучение основных механизмов этого явления являются поводом для разработок методов, одним из которых является метод дистанционного ишемического прекондиционирования миокарда.

Цель исследования. Изучить влияние неинвазивного метода лечения дистанционного ишемического прекондиционирования на клинико-гемодинамические показатели больных инфарктом миокарда.

Материал и методы исследования. Среди исследуемых пациентов мужчин - 32 , женщин - 20, в возрасте от 40 до 80 лет (средний возраст 60±1,2 лет). Пациенты были разделены на две группы: первая – 27 больных получала стандартную терапию ИМ, которая включает: антикоагулянты, бета - адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, статины, вторая - 25 больных - параллельно со стандартной терапией инфаркта миокарда использовалось дистанционное ишемическое прекондиционирование. Методика дистанционного ишемического прекондиционирования заключалось в следующем: манжета от тонометра накладывалась на левую руку и поднимали давление в ней до 200 мм ртутного столба. Не выпуская воздух, как это обычно делается при измерении артериального давления, а плотно закрутив вентиль ждали 5 минут. Через 5 минут выпускали воздух из манжеты и ждали еще 5 минут. Такие циклы - 5 минут пережатия кровотока и 5 минут отдыха - повторяли 5 раз. Общая продолжительность одной процедуры составляла 50 минут. В течение недели ежедневно по 2 процедуры, в неделю 7 процедур. Всего курс лечения 10 дней. В течение всего курса лечения методикой ишемического кондиционирования медикаментозная терапия оставалась неизменной, кроме доз нитроглицерина. Пациентам в 1 группе исследования проводились в те же временные интервалы, что и пациентам 2 группы. Всем пациентам проводили до и после окончания лечения оценку качества жизни, регистрацию ЭКГ, оценку эндотелиальной функции по пробе с реактивной гиперемией и артериальной жесткости с определением скорости распространения пульсовой волны, пульсоксиметрию. Динамику оценивали по достижению значимого улучшения: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, повышение толерантности к физической нагрузке и работоспособности сердечной мышцы, уменьшению количества принимаемых нитратов, достоверное улучшение образа жизни пациентов.

Результаты исследования. Достигнуто значимое улучшение: уменьшение частоты и длительности приступов стенокардии, уменьшилось количество принимаемых нитратов, уменьшилась продолжительность пребывания в больнице и в блоке интенсивной терапии, улучшилось качество жизни (КЖ). КЖ определялось на основании данных опросника, основными позициями которого были - физическая активность, ограничение работоспособности из-за заболевания, наличие болей, социальная адаптация, эмоциональный статус. Через 1 месяц было продемонстрировано достоверное улучшение КЖ пациентов из 2 группы по всем параметрам, в то время как у пациентов из 1 группы контроля отмечалось лишь увеличение толерантности к физической нагрузке и ухудшение остальных параметров. Таким образом, это исследование, показало, что после проведения курса ДИПМ эффект сохраняется по меньшей мере 12 месяцев.

Повторная коронарография, выполненная через четыре недели, показала увеличение васкуляризации у 42 пациентов, недостоверное улучшение - у 8 и отсутствие изменений - у 2 пациентов.

Выводы. При сочетании лечения ИМ с использованием неинвазивного метода ДИПМ имеет клинические преимущества в сравнении со стандартным лечением ИМ. Кратковременные повторные эпизоды ишемии миокарда с периодами реперфузии существенно повышают его устойчивость к последующей, значительно более выраженной (летальной) ишемии, ограничивая при этом зону экспериментального ИМ. Кратковременные коронарные окклюзии способствуют снижению выраженности последующей ишемии, улучшают сократительную функцию миокарда и уменьшают злокачественные желудочковые нарушения ритма, уменьшается размер зоны некроза, улучшаются показатели госпитальной летальности, уменьшается частота развития острой левожелудочковой недостаточности, кардиогенного шока при последующей ишемии. Перепады внутриартериального давления, которые происходят при проведении ДИПМ приводят в движение сосудистую стенку, способствуют изменению ее диаметра и архитектоники всего сосудистого дерева, происходит временное повышение выше места компрессии как общего, так и местного внутриартериального давления, при этом одновременно повышается давление в

аорте и сонных артериях. Из этого следует, что изменение разности давления, которое мы создаем искусственно, при ДИПМ является одним из важных механизмов улучшения коллатерального кровообращения в сердечной мышце.

КАНДИДОЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎПКА СИЛИ МАВЖУД БЕМОРЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Абдуманапова Р.К., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Мавлянов И.К., Султонов Г.И.
Фтизиатрия ва пульмонология, микробиология, иммунология ва вирусология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Ҳозирги вақтда қатор муаллифлар маълумотларига кўра кандидоз билан асоратланган сил касаллиги билан оғриган беморлар сони ортиб бормоқда. Сил билан оғриган беморларда гуморал ва хужайра иммунитети бузилиш механизмлари, махсус силга қарши даволашни иммун ва модда алмашинув жараёнларига, жумладан, антибактериал дори воситаларини организм микробиоценозига таъсири ўрганилган. Кандидоз хам худди силга ўхшаб иммун танқислик фонида ривожланиши аниқланган, беморларда медикаментоз воситалар билан иммун тизимни сусайиши унга имкон яратади.

Изланиш мақсади. кандидоз билан асоратланган ўпка сили мавжуд беморларда мавжуд асоратларни олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш натижаларига асосланган ҳолда касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Клиник текширувлар АДТИ фтизиатрия кафедраси ходимлари томонидан вилоят фтизиатрия диспансерларида 2015-2017 йилларда ўпка сили ташхиси билан даволанган 20 дан 50 ёшгача бўлган 105 та аёлда олиб борилди. Таққослов гурухи 20 та соғлом аёлдан иборат бўлди.

Текширув натижалари. Кандидознинг клиник структурасида энг кўп холатда урогенитал кандидоз – 57 (54,2%) беморда кузатилди. Шундан 32 (56,1%) беморда кандидозли кольпит, 15 (26,3%) – эндоцервицит ва 10 (17,5%) – уретрит аниқланди. Цервикал канал ва қин орқа гумбазидан олинган суртмани микроскопик текшируви натижасида кандидоз ташхиси тасдиқланди. 20 (19,0%) беморда урогенитал кандидоз касаллик давомийлиги 2 ойдан кўп бўлмаган холда ўткир кечди. Қолган холатларда 1 йил давомида 4 ва ундан кўп марта – тез-тез қайталанишлар билан тавсифланувчи сурункали кандидозли вульвовагинит қайд этилди. Клиник манзараси хусусиятлар бўйича касалликнинг псевдомембраноз (елиқиш) ва эритаматоз (атрофик) турига ажратилди.

Хулоса: Ўпка сили мавжуд аёлларда урогенитал кандидозни асоратларини олдини олиш алгоритми усулини АДТИ 4 – 5 – 6 курс педиатрия ва даволаш факультети талабаларига мавзуни осон ўзлаштиришлари учун, педагогик технологиянинг замонавий усулларига таянган ҳолда махсус дастурлар ишлаб чиқилди ва у амалда фойдаланилмоқда.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т.Абдуназаров, О.О. Эшонхужаев, А.Н. Халилов,Ф.Т.Усманова
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Для пожилых людей весьма характерны проблемы со здоровьем. У одного пациента старше 60 лет обнаруживают в среднем 4—5 различных заболеваний, что закономерно сопровождается ростом потребления разнообразных лекарственных средств (ЛС). Около 70-80% из них страдают одним или несколькими хроническими заболеваниями. Следствие этого - весьма большой процент потребления лекарств пожилыми людьми.

Цель исследования. Изучить особенности фармакотерапии лиц пожилого возраста по данным мировой литературы.

Результаты и обсуждение.Следует особо подчеркнуть, что наибольшее число смертельных исходов, связанных с нерациональной фармакотерапией, приходится на возраст 70-80 лет, что связано с изменением фармакокинетики и фармакодинамики ЛС в организме пожилых людей. В некоторых случаях возникновение неблагоприятных эффектов лекарств (НЭЛ) может быть обусловлено неправильным приемом препаратов. Все последствия множественной фармакотерапии - возросшие расходы, НЭЛ, а также злоупотребление лекарствами или их неподходящее использование - с большей вероятностью встречаются среди пожилых, чем в любой другой возрастной группе.

Недавние исследование в странах Евросоюза выявило, что НЭЛ были единственной или частичной причиной 10% случаев госпитализации в гериатрические отделения.

В Канаде подсчитали, что в одной провинции у 20% пожилых людей, поступивших в больницы неотложной помощи, имелись осложнения в результате использования лекарств, отпускаемых по рецепту.

Хотя лекарства могут быть необходимыми и ценными как для здоровья, так и для качества жизни пожилых людей, фармацевтические фирмы в своих рекламных материалах слишком часто преуменьшают риск неблагоприятных эффектов.

Согласно предложению FDA, фирмы-изготовители должны обеспечивать врачей ясной информацией, отражающей все имеющиеся данные о воздействии на пожилых людей лекарств, отпускаемых по рецепту. В тех случаях, когда для конкретного лекарства эти данные отсутствуют, изготовители должны ясно указать, что такой информации не имеется.

У престарелых людей «проявление нормального старения может быть ошибочно принято за болезнь и привести к неподходящему назначению». К примеру, такие лекарства, как прохлорперазин, часто неоправданно назначаются при головокружении, вызванном возрастной утратой равновесия. Это лечение не только неэффективно, но и грозит пациенту такими серьезными побочными эффектами, как медикаментозный паркинсонизм, ортостатическая (постуральная) гипотензия и спутанность сознания.

Выводы. Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить все возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью «защитной брони» множественной фармакотерапии», часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАРАФАРЕНГИАЛЬНОГО ПРОСТРАНВА ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Абдурахмонова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей эндоурологии, эндохирургии, урологии, офтальмологии и стоматологии

Воспалительные процессы парафаренгиального пространства в силу тяжести течения и возможности грозных осложнонений привлекают внимание хирургов ,отоларингологов и стоматологов.

Изучение топографии парафаренгиальной областии окружающих тканей имеет большая практическое знание цел объяснения путей распространения гнойных затеков и облегчает изпеханиерациональных доступов к ним.Сложность патологического строения парафаренгиальногопространства обуславливает тяжестьтечения гнойных процессов.

Ранняя диагностика парафаренгиальных флегмон и оказание своевременной квалификационной помощи не только способствует скорейшему излечению больных,но в ряде случаев предупреждает возникновения опасных осложнений.

В работах, посвяшенных клинике и лечению парафаренгиальных флегмон,не всегда дается ответ на вопрос о первычности гнойного очага ,что однако играет немаловажную роль при диффеенцировке заболевания,так как флегмоны парафаренгиального пространства иногда сочетается с другми восплительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области зачастую парафаренгиальные флегмоны принмают за флегмоны крыло-челюстного пространства,подчелюстной,позадчелюстной области,перитонзилярный абцесс и т.д.

Следуют отметить,что гнойный процесс в клетчатке окооглоточного прострнства ,не всегда ограничивается только окологлоточным пространством ,в процессе вовлеаются иногда и другие области и клетаточные протранства лица,и шеи даже средостение.

Для выяснения статистических данных о частоте парафаренгиальных флегмон мы изучили истории болезни 33 больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области 53 из них с флегмонами парафаренгиальной пространств .Согласно наших данных парафаренгиальные воспалительные процессы составило 92 процента воспалительные заболеваниепарафаренгиального пространства в большинстве наших наблюдений боли одонтогенного происхождения это потверждает мнение многих авторов (В.Ф.Войно-Ясенецский, Г.А.Васильев,М.Б.ФатрикантА.И.Евдокимов идр.) о том что основном этиологическим моментом в возникновении воспалительных процессов этой локализации в первую очередьявляются заболевания больших корнных зубв нижней челюсти.Распространение больных по полу,возрасту к причинам возникновения флегмон парафаренгиального пространства прредставлено в таблице №1

	Причина заболевания	По возрасту и по полу			
Острые гнойные и хронические обострившеся периодонтитов	4-2	5-3	2-2	1-1	20
Ослёжненное прорезивания зубов нижней челюси	2 --	5-4	1-2	1 --	15
После удаления моляров нижней	2-5	2-2	-- 2	- -	13

челюсти					
Травматический осеомиелит нижней челюсти	1 -	2 -	- -	- -	3
Осле операции по поводу врожденной ращелины нёба	- 1	- -	- -	- -	1
После тонзилоэктомии	- 1	- -	- -	- -	1
итого	9-9	14-9	3-6	2-1	53

Из привденной таблицы видно ,что наиболее часто флегмонами парафаренгиального пространства страдают больные цветущего возраста (21-25 лет) и основной причиной возникновеия являются одонтогенные воспалительные прцессы.Анализ наших клнических наблюдений показал ,что диагностика воспалительных процессов одонтогенного происхождения до сих пор тается несовершенной а поэтому оперативное вмешательство у таких больных нередко приходится без учета локализации основного гнойного очага.С учетом воплошенного по этиологии наблюдаются следующие парафаренгиальные воспалительные процессы :

По происхождению:

1.Одонтогенные
2.Тонзилогенные
3.Постравматические
4.Контактные

По расположению:

1.Переднего окологлоточного пространства
2.Заднего окологлоточного пространства
3.Заглоточного пространства

При лечении острых гнойно –воспалительных процессов парафаренгиального пространства мы учытивали локализацию процесса и его давность,клинические проявления и первичный гнойный очаг. Вскрытие гнойников нами проводилось вне ротовым и внутриротовым разрезами. Ри расположении флегмоны только в окологлооном пространстве гнойники вскрывались о стороны слизистой оболочки полости рта ,а при сочетанных флегмонах (подчелюстного,позадичелюстного,флегмоны верхнего отдела шеи) проводился наружный разрез .При вскрытие флегмон мы применяли местную инфильтрационную анестезию в сочетании с нерорального проводниковым обезболиванием.Для снятия воспалительной контрактуры жевательных мышц применяли метод Берше с модификацией Дубова лидокаин(суперкаин,артикаин и др.т.д.)введенной в крыло-нёбную ямку при воспалительных процессах в окологлоочном пространстве способствовали не только расслабленно жевательных мышц, и уменьшению болей, но и благоприятно действовал на течение воспалительного процесса,особенно при добалении в раствор анестетика антибиотиков широкого действия Иногда по показаниям нами применялся внутривенныйили общий назотрахеальный наркоз. Таким образом применение радикальных хирургических вмешательств ,своевременное удаления причинного зуба и рациональная консрвативная терапия способствовали быстрой ликвидации воспалительного процесса в окологлоточном пространстве и предупреждали его грозного осложнения .

РЕЗЮМЕ

Парафаренгиальные флегмоны встречаются по нашим даным в 9,2% от числа всех воспалительных процессов мягких тканей челюстно-лицевой области основным этиологическим моментом является одонтогенная инфекция :на первом месте стоят острые гнойные периодонтиты восьмых нижних зубов и осложнения при их затрудненном прорезывание.Второе место занимают шестой и седьмой зубы нижней челюсти острые гнойные процессы в парафаренгиальном пространстве протекают по типу (взлитого) флегмона и ограниченного (абцесса) воспаления.

При флегмонах в процесс вовлекаются всё окологлоточное пространства ,а иногда и заглоточное пространство .

Для флегмоны парафаренгиального пространства характерно своеобразная клиническая картина,тяжеств клинических проявлений которой --------гнойного процесса ,срока давности заболевания,сопративляемость организма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Абдусалимова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. ВИЧ-инфекция представляет собой одну из наиболее серьезных медицинских и социальных проблем, определяемых ее прогрессирующим распространением в мире, неуклонным ростом заболеваемости, влиянием на уровень здоровья и воспроизводство населения.

Цель исследования – изучить распространенность ВИЧ-инфекции на современном этапе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о распространенности ВИЧ-инфекции в мире.

Результаты исследования. Статистические данные Всемирной организации здравоохранения показывают, что в мире с момента открытия заболевания ВИЧ поразил 77,5 млн. людей.

По данным на 2020 год количество людей, живущих с ВИЧ, составило 37,6 миллиона человек, из них 35,9 млн взрослых и 1,7 млн детей в возрасте 0-14 лет.

По состоянию на конец декабря 2020 года, 27,4 млн людей получали антиретровирусную терапию, по сравнению с 7,8 млн в 2010 году.

84% беременных женщин, живущих с ВИЧ, имели доступ к лечению с применением антиретровирусных препаратов с целью предотвращения передачи вируса ребенку в 2020 году.

Еженедельно около 5000 молодых женщин в возрасте 15-24 лет инфицируются ВИЧ. В странах Африки к югу от Сахары шесть из семи новых случаев инфицирования среди подростков в возрасте 15-19 лет приходится на девочек. Вероятность инфицирования ВИЧ для молодых женщин в возрасте 15-24 лет в два раза выше, чем для мужчин.

В 2020 году на женщин и девочек приходилось около 50% всех новых случаев ВИЧ-инфицирования. В странах Африки к югу от Сахары этот показатель составил 63% от всех новых случаев ВИЧ-инфицирования

Число новых случаев инфицирования ВИЧ сократилось на 47% по сравнению с 1998 годом, когда этот показатель достиг пикового значения. В 2020 году около 1,5 млн человек инфицировались ВИЧ, по сравнению с 2,8 млн человек в 1998 году.

С 2010 года, показатель новых случаев инфицирования ВИЧ снизился на 30%, с 2,1 млн до 1,5 млн в 2020 году.

С 2010 года показатель новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей снизился на 52%, с 320 000 в 2010 до 160 000 в 2020 году.

Число людей, умерших вследствие СПИДа, снизилось на 61% относительно пикового показателя 2004 года.

В 2020, около 690 000 человек умерло от СПИДа во всем мире, по сравнению с 1,8 млн человек в 2004 и 1,2 млн человек в 2010 году. Смертность вследствие СПИДа снизилась на 42% с 2010 года.

В Узбекистане на 1 ноября 2020 года насчитывалось 43 581 человек, живущих с ВИЧ инфекцией. В течении 2020 года в стране было зарегистрировано 1483 случаев заражения ВИЧ. Это значительно меньше, чем в прошлом году, когда только за 10 месяцев было выявлено 3337 ВИЧ-инфицированных.

По данным Роспотребнадзора на 31 декабря 2020 года, в Российской Федерации проживают 1 млн 100 тыс. людей с ВИЧ.

Заключение. Таким образом, несмотря на проводимые мероприятия в борьбе с ВИЧ-инфекцией во всем мире, остаётся высоким процент его распространенности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕКОГО СТАТУСА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Абдусаттаров К.А., ШарифбаевС.А., Жиянов И.А., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А.,
Наманганский филиал РНЦЭМП

Эпилептический статус встречается очень часто при опухолях головного мозга, в зависимости от локализации и гистологии опухоли. Патофизиология эпилептического статуса при опухолях головного мозга недостаточно изучено. Основным методом лечение данной патологии является резекция опухоли и перитуморозного эпилептического центра.

Цель: целью нашей исследование является изучить особенности клинического течение и особенности лечение эпилептического статуса при опухолях головного мозга.

Материалы и методы: В Наманганском филиале РНЦЭМП проведен анализ 12 больных, пролеченных с диагнозом эпилептической статус на фоне опухоли головного мозга, находившихся на лечении в течение 2017-2020 гг. Средний возраст больных составило 35 лет. Мужчин было – 7 (58,3%), женщин – 5 (41,7%). Диагноз выставлялся на основание клиника – инструментальная исследования (МСКТ головного мозга и ЭЭГ).

Результаты: У всех больных на ЭЭГ обнаружено эпилептическая активность различных отведений. У 6 (50,0%) больных на МСКТ обнаружено опухоль головного мозга осложненный перифокальным отеком головного мозга. У 3 (25,0%) больных обнаружено опухоль головного мозга осложненной окклюзионным гидроцефалией. У 3 (25,0%) больных обнаружено кровоизлияния в паренхиму опухоли. Больным провиделось симптоматическая терапия с последующим оперативном лечением: декомпрессионная трепанация с удалением опухоли и устранением окклюзионной гидроцефалии.

Выводы: Таким образом, развитие эпилептического статуса при опухолей головного мозга обусловлено вторично развившимся перифокальным отеком головного мозга, кровоизлиянием в паренхиму опухоли, а также окклюзионной гидроцефалией. Наибольшим эффективным в лечении у этих больных является экстренные оперативные вмешательства, способствующие уменьшением дислокационной синдром тем самим устранением окклюзионную гидроцефалию.

CORONARY ARTERY ATHEROSCLEROSIS, PREDICTIVE SIGNIFICANCE, POSSIBILITIES OF DETECTION AND CORRECTION IN AMBULATORY PRACTICE

Abdusattorov A.A.
Department of GP 2
Andian State Medical Institute

Introduction. Atherosclerosis is characterized by the formation of heterogeneous plaques (atheromas) in the intima of medium and large arteries; plaques contain lipids, inflammatory cells, smooth muscle cells, and connective tissue. Risk factors include dyslipidemia, diabetes mellitus, smoking, family history, a sedentary lifestyle, obesity, and hypertension.

Symptoms appear as the size of the plaque increases or when the plaque ruptures, when blood flow decreases or stops; the picture of the disease depends on the affected artery. Diagnosis is clinical and confirmed by angiography, ultrasound, or other imaging tests. Treatment includes elimination of risk factors, lifestyle and dietary modifications, physical activity, and anti-atherogenic drugs.

Purpose of the study. To determine the relationship between the stiffness indicators of the great vessels with traditional factors of cardiovascular risk and the severity of atherosclerosis of the coronary arteries, as well as their prognostic significance in patients with coronary artery disease. To assess the possibilities of drug correction of increased arterial stiffness in an outpatient setting.

Material and research methods. The study included 410 patients with coronary artery disease: 287 men and 123 women aged 39 to 78 years. 312 patients made up the long-term observation group. 128 patients were examined under the “drug intervention” protocols, only 30 of them (the nebivolol protocol) were included in the long-term follow-up group.

Research results. Arterial stiffness parameters obtained using a new automated method - volumetric sphygmography - are associated with most of the classic cardiovascular risk factors in patients of both sexes. The main contribution to the formation of the value of the "shoulder-ankle" pulse wave velocity (SPVpl) is made by age and mean blood pressure; The most significant determinants of the cardio-ankle vascular index (CLSI) are age and pulse blood pressure. There were no significant gender differences in the set of influencing factors.

The stiffness of large arteries is associated with the severity of coronary atherosclerosis in men with coronary artery disease. SPVpl is an independent marker of stenosing coronary artery disease, and its value above 12.4 m / s increases the patient's chance of having coronary artery stenosis> 75% by 4.6 times (sensitivity-0.71, specificity-0.71).

The stiffness of the great arteries was shown to be an independent predictor of prognosis in men with coronary artery disease. SPVpl 14.0 m / s and more increases the risk of CVD development by 4.6 times ($p < 0.001$), retaining its value even after the introduction of corrections for traditional risk factors. At the same time, the relationship between classical modifiable risk factors and prognosis against the background of regular recommended therapy does not reach the level of statistical significance (over a follow-up period of 3.5 years).

In women with coronary artery disease, no relationship was found between baseline arterial stiffness and prognosis. The likelihood of developing CVC in this group was determined by classic risk factors (burdened heredity, blood pressure, total risk calculated on the SMART scale).

A decrease in arterial stiffness is a significant predictor of a favorable prognosis in patients with CHD of both sexes, regardless of the dynamics of other risk factors. The absence of a decrease in PWVpl after 6 months increases the risk of CVD development in the next 3 years by 5.9 times in women and 3.8 times in men with coronary artery disease.

The cardiolonkus vascular index (an indicator of vascular stiffness, corrected for the level of blood pressure) has no advantages over PWVpl in assessing the prognosis of patients with coronary artery disease, but it allows revealing changes in the elastic properties of the vascular wall against the background of prolonged drug treatment.

Long-term therapy with an ACE inhibitor enalapril (a 3-blocker nebivolol and a HMG-CoA reductase inhibitor atorvastatin leads to a decrease in arterial stiffness in patients with coronary artery disease. 4-week intake of isosorbide-5-mononitrate does not affect the elastic properties of the main arteries.

Conclusions. In conclusion, it must be said that improvement of the mechanical properties of arteries can be achieved with the help of ACE inhibitors enalapril, a p-bolator with additional vasodilating properties of nebivolol and an inhibitor of HMG-CoA reductase atorvastatin. Moreover, the first results can be obtained after 3 months of treatment. Further studies are required to determine the possibilities of correcting the stiffness of the main arteries with prolonged nitrates.

ОИВ ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Азимов М.Б., Болтабоева Д.И
Андижон Давлат тиббиет институти

Кириш. ОИВ инфекциясига чалинган одамларда герпетик инфекциялари долзарблигича қолмоқда, чунки бу касалликларнинг қўзғатувчилари хужайра ва молекуляр даражасида ўзаро таъсирлашиши мумкин. Оғир иммунитет танқислиги бўлган ОИВ билан касалланган беморларда герпетик инфекциялари ҳаёт учун хавфли хисобланади ва ўлимга олиб келиши мумкин.

Тадқиқот мақсади. ОИВ билан касалланган беморларда герпетик инфекцияси касаллигини клиник хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари. Биз ОИВ инфекциясига чалинган 50 нафар беморда герпетик инфекциясининг ўрганиш таҳлилини ўтказдик. Тадқиқот гуруҳи 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган касалликнинг турли босқичларида ОИВ билан касалланган беморлардан иборат бўлган. ОИВ инфекциясининг диагностикаси ИФА таҳлили орқали ОИВга қарши антикорларни аниқлаш билан тасдиқланган эпидемиологик, клиник ва лаборатор текширувлар маълумотлари асосида ўрнатилди. Герпес инфекциясининг диагностикаси патогеннинг политропик хусусиятини ва касалликнинг терминал босқичида шикастланишларнинг умумий хусусиятини ҳисобга олган ҳолда органлар ва тизимларда аниқланган ўзгаришлар асосида аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Барча ҳолатларда тадқиқотга сурункали герпетик инфекциянинг турли шакллари ташхис қўйилган бўлиб, уларнинг фаоллашуви 38%, такрорий касалланиш эса - 60% ҳолларда содир бўлди. Шундай қилиб, ОГВ-1 I (21) ва II (26) да бурун ва лаб герпеслари (15 касал), унинг биринчи клиник кўринишлари (5 бемор), шунингдек гингивостоматит (5 бемор) ва фаринготонзиллит (2 бемор) да келтириб чиқарди. Кўрсатилган босқичларда герпес инфекцияси ташхиси қўйилган беморлар сони мос равишда 86,5% ва 73,7% ни ташкил этди.

Терининг ва шиллиқ пардаларнинг шикастланишлари билан ОИВ билан боғлиқ бўлган герпес инфекцияси весикуляр тошмаларнинг кўпроқ ва кенг тарқалган элементлари билан характерланади, шунингдек, унинг секинроқ регрессияси, 1 ойдан кўпроқ давом этган (6 - 8 ҳафтагача). ОИВ инфекциясининг II босқичидаги беморларнинг 33,4% ГИ нинг эрозив-ярали шакли кузатилди - ошқозон ярасига айланиш билан чуқур эрозия, улар аста-секин даволанади. Шуни таъкидлаш керакки, сероз таркибга эга бўлган гуруҳланган пуфакчалар шаклидаги терининг герпетик тошмалар одатий локализация жойларида - лабда, бурун қанотларида қайд этилган. ОИВ инфекциясининг II босқичидаги беморларда улар пешона, ёноқ ва қулоқларга тарқалади. Оғиз шиллиқ қаватининг шикастланишида доимий ва қаттиқ оғриқ, гиперемия, гиперсаливация, ярали гингивит билан кечган.

Шундай қилиб, ОИВ билан боғлиқ герпес инфекциясининг диагностикаси сезиларли қийинчиликлар билан бирга келади. Беморларни даволаш тактикаси учун муҳим аҳамиятга эга бўлган инфекциянинг фаол шаклларини ўз вақтида аниқлашга имкон берадиган ЗПР натижалари тўғри маълумотлидир. Серологик текширувлар билан бир вақтда ЗПР ёрдамида герпес вирус 1/2 ДНК аниқланди. Тери ва шиллиқ пардалар герпеслари атипик тери шикастланишлари бўлган беморларнинг 15% да орофаренкс ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шикастланган беморларнинг 10% да ЗПР билан тасдиқланган.

Хулоса: ГИ курси ОИВ инфекциясининг босқичига боғлиқ. Касалликнинг I ва II босқичларида беморларда фақат герпетик инфекциясининг локализацияланган шакллари ташхис қўйилган бўлиб, улар такрорий касалланиш, тошма элементларининг тарқалиш тенденцияси билан ажралиб туради. ОИВ инфекциясининг III босқичида беморларда герпес инфекциясининг клиникаси полиморфик бўлиб, ОИВ инфекциясиз герпес инфекцияси бўлган беморларда кузатилмайдиган ички органларнинг зарарланишида ўзини намоён қилади.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРА ЦИТОКИНОВ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Акбаров А.Т., Назаров Ф. Ю.
Кафедры пропедевтики внутренних болезней
Самаркандского Государственного Медицинского Института

Актуальность: Проблемы борьбы с вирусной инфекций является на сегодняшний день самой актуальной проблемой не только в медицине но и всего человечества. Большое значение для более детального понимания механизмов иммунопатологических сдвигов организма отводиться роли цитокинов. Изучение роли цитокинов является одним из основополагающих моментов для понимания патогенеза вирусный инфекций вообще и частносте природы патогенности вируса. Для клинической практики исследование роли цитокинового статуса трудно переоценить, так как он отражает индивидуальную, первичную реакцию на вирусный агент, позволяет оценить характер течения процесса и прогнозировать исход заболевания при многих вирусных инфекциях, а также объективно оценить эффективность терапии.

Цель: Изучение роли цитокинов в патогенезе вирусной инфекции.

Материал и методы: Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 75 больных с вирусной инфекцией осложненной пневмонией, которые поступили инфекционную больницу Самаркандского района с июля по сентябрь 2020 года. Все обследованные были разделены на 2 группы по формам. 1-группа включила 22 больных тяжелой формой болезни, 2-группа-53 больных средней тяжести течения. Всем больным проводили МСКТ исследование, которое потвердило наличие пневмонии. В качестве контрольной группы, исследовали переферическую кровь 20 здоровых лиц. Все иммунопатологические показатели в том числе интерферон α и γ: уровень противовирусных (α-ИФН) и провоспалительных (γ-ИФН) интерферонов в сыворотке переферической крови были изучены иммуноферментным методом с использованием тест-систем «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия). Для установления роли цитокинового звена в патогенезе вирусной инфекции нами определялся уровень интерферонов IFN-α и IFN-γ, уровень IL-4 и уровень провоспалительных цитокинов IL-1β, IL-6. Полученные нами данные демонстрируют достоверную зависимость концентрации уровня провоспалительных цитокинов сыворотки крови от формы заболевания. Особенно выраженные нарушения отмечены у больных тяжелой формой заболевания. Выявление изменения значимо отличались от значений, полученных в группе больных со средней тяжестью течения пневмонии. Полученные нами данные демонстрируют достоверную зависимость концентрации уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови от тяжести течения вирусной инфекции. Особенно выраженные нарушения отмечены у больных с тяжелым течением вирусной инфекции. Выявленные изменения значимо отличались от значений, полученных в группе больных со средней тяжестью течения. Так, если при тяжелом течении уровень сывороточного TNF-α у обследованных больных был значительно превышен (243,5±23,9 пг/мл по сравнению с данными лиц контрольной группы – 82,4±7,0 пг/мл, P<0,001), то при средней тяжести течения отмечено лишь умеренное повышение этого цитокина (118,7±9,3 пг/мл, по сравнению с контролем P<0,05). При анализе результатов исследования уровня IL-1β в сыворотке крови было выявлено, что у больных с тяжелым течением наблюдается почти десятикратное повышение его уровня по сравнению с контролем – 346,7±36,6 пг/мл, против 35,8±3,9 пг/мл (P<0,001). У больных со средней тяжестью течения наблюдалось повышение уровня IL-1β более чем в 3 раза по сравнению с контрольной группой лиц – 110,4±8,3 пг/мл (P<0,001). Сывороточый уровень IFN-γ при короновирусной инфекции оказался значимо ниже, чем в контрольной группе и не зависел от его формы. Определенный интерес представляло исследование у больных с короновирусной инфекцией уровня IgE в крови и концентрации IL-4 в различных биологических жидкостях как маркеры активности воспаления.

Результаты исследования. Как видно из таблицы, в периферической крови больных выявляются повышенные уровни общего IgE. Наиболее высокий уровень отмечается в группе больных с тяжелой формой болезни (362,0±19,5 МЕ/л), что значимо превышает величину этого показателя у больных со средней тяжестьюи течении (308,0±13,5 МЕ/л) и с показателями контрольной группы (103,0±6,12 МЕ/л) (P<0,001). Таким образом, при тяжелом течении отмечается более высокое содержание IgE в сыворотке крови по сравнению больными со средней тяжестью течения. При изучении уровня IL-4в сыворотке крови у больных выявлена сходная закономерность: наиболее высокий уровень IL-4 характерен для больных с тяжелой формой течения (15,1±0,63 пг/мл), что значимо (P<0,001) превышает величину этого показателя у больных со средней тяжестью течения (12,0±0,38 пг/мл).

Как было указано выше у больных с тяжелым течением заболевания, показатели цитокинов было выше, чем при среднетяжелой форме болезни. Это наблюдалось для всех видов цитокинов. Различие заключается в том, что легкие формы заболевания обычно не вызывали повышения сывороточных показателей IL-1α и TNFα. Проведенный корреляционный анализ позволил установить наличие прямой связи между содержанием в сыворотке крови ИФН-γ и IL-1β. Нами было установлено что сила этой связи имеет обратно пропорциональную зависимость от течения вирусной инфекции. Так, если в контрольной группе коэффициент корреляции был близок к единице (r=0,95), то в 1 и 2 группе, значения коэффициента

корреляции составили соответственно 0,59 и 0,37. Значимых коэффициентов корреляции между другими парами показателей содержания цитокинов не было получено ни в одной группе. Следовательно, результаты исследования потдверждают наличие взаимосвязи между концентрациями ИФН-γ и IL-1β, причем эта зависимость прямая и снижается в зависимости от тяжести течения заболеваний, что свидетельствует о нарушениях иммунорегуляторных механизмов, а сниженная концентрация сывороточного INF-γ указывает на нарушение IL-1β опосредованной прподукцией ИФН-γ Th-1 клетками. Значения коэффициента корреляции (r) между содержанием в сыворотке крови ИФН-γ и IL-1β при различных формы вирусной инфекции. Не исключено, что активация макрофагального звена иммунитета, может способствовать повышению продукции макрофагами веществ, ингибирующих синтез ИФН-γ. Таким образом, установлено, что у большей части больных с вирусной инфекцией осложненной пневмонией наблюдается сниженное содержание Т-клеток. Несомненно, что снижение или увеличение их количества может оказывать негативное влияние и, по всей вероятности, является одним из патогенетических факторов воспалительного процесса. Как известно, NK-клетки играют важную роль в противоинфекционной защите, и изменения их в ту и в другую сторону, видимо, объясняются несколькими причинами: частичным иммунодефицитом, недостаточной выработкой нетоксических антител, блокирующих активность иммунокомпетентных клеток.

Выводы: Полученные нами результаты показывают, достоверную зависимость концентрации уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови от формы вирусной инфекци.

Результаты исследования подтверждают наличие взаимосвязи между концентрациями ИФН-γ и IL-1β, причем эта зависимость прямая и снижается в зависимости от степени тяжести течения вирусной пневмонии, что свидетельствует о нарушениях иммунорегуляторных механизмов.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о нарушении метаболических процессов и выраженных иммунологических сдвигах, которые способствуют развитию осложнений данного заболевания.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАР УЧУН ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Г.Х.Акбарова
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Қуйидаги тавсияларга амал қилиш Сизларга қондаги қанд миқдорини меъёрий кўрсатқичларда ушлаб туриш ва қанд миқдорини пасайтирувчи дорилардан максимал фойдаланиш имкониятини яратади. 2 - тур қандли диабетда қондаги қанд миқдорининг меъёрий кўрсатқичлари: Овқатдан олдин - 5,5ммоль/л, овқатдан кейин 2 соат ўтгач 7,5ммоль/л.

Тадқиқот мақсади: Фойдали овқатларни осонлик билан мазали қилишга ёрдам берадиган қоидалар: овқат тез - тез ва оз - оздан истеъмол қилиниши лозим. Овқатланиш 5 қисимга ажратилиши зарур: нонушта, иккинчи нонушта, тушлик, тушликдан кейинги тамадди,кечки овқат. Кечки овқат уйқудан камида уч соат олдин ейлиши шарт. Кунлик рационда оқсиллар (гўшт, тухум) -16%ни, углеводлар 60%ни, ёғлар - 24% ташкил қилиши лозим.

Тадқиқот материали ва усуллари: Қабул қилинаётган овқатнинг асосий қисминисекин сингувчи углеводлар тури, яъни қондаги қанд миқдорини аста секинлик билан оширувчи ва тўқлик ҳиссини берувчи маҳсулотлар ташкил қилиши зарур. Бу маҳсулотларга барча турдаги сабзавотлар, мевалар, нон маҳсулотлари ва ёрмалар киради.

Рационда енгил сингадиган углеводлар қабул қилишни жиддий чегаралаш лозим. Чунки улар қондаги қанд миқдорини тезда ошириш хусусиятига эга. Улар шакар мураббо, қиём, музқаймоқ, шоқалад, қуюлтирилган сут, конфетлар, қовун, узум ва анжир киради. Бу маҳсулотларни диетолог врачлар жуда кам миқдорда тавсия этадилар. Овқатлар асосан қайнатилган, димланган шакилда, ўзининг шарбати ёки буҳда тайёрланиши лозим. Мумкин эмас прянник, оширилган кулчалар, блинчик, қуймоқ, гўштли, картошкали сомса, ўсимлик ёғида қовурилган картошка, манний бутқаси, банан, узум, қовун, қаймоқ билан аралаштирилган салатлар. майиз, анжир, қуритилган қовун. Узум шарбати, музқаймоқ, қуюлтирилган сут,глазирланган сирок, сливка, қаймоқ, ҳайвон ёғи ва сметана қўшилган шўрвалар Қўй гўшти ва мол ёғида тайёрланган палов, димлама. Ўрдак, ғоз, салями, бекон, сосиска, дудланган колбаса, ветчина, қовурилган тухум. Сариёғда тайёрланган балиқ, кока – кола, пепси – кола, квас, фанта, спрайт.

Тадқиқот натижалари: Агар овқат тайёрлаш жараёнида ёғлардан фойдаланиш зарур бўлса, у ҳолда ҳайвон ёғларини ўсимлик (зайтун, кунгабоқар, макккажўхори) ёғлари билан алмаштириш мақсадга мувофиқдир. Гўшт махсулотларидан фойдаланганда (товуқ, балиқ, мол, қўй) уларни ёғсиз турига аҳамият бериш лозим. Гўштдаги кўзга кўринувчи ёғларни олиб ташлаш лозим. Сабзавотлардан тайёрланган ҳамда ўсимлик ёғи билан аралаштирилган салат ёки гарнирларни кунлик рационга қўшиш тавсия этилади. Организмда ширинликларга эҳтиёж кучайганда, қанд ўрнини босувчи маҳсулотлардан фойдаланиш мумкин. Хафтада бир марта макорон махсулотлари ёки чучвара 10 - 12 дона ёки печенье 4 дона ёки кўкатли, қовоқли сомса 1 дона Қайнатилган картошка, 2 дона, маккажўхори 1 дона, гуручли бўтқа 200 гр. ёки қайнатилган картошка 2 дона, маккажўҳори 1 дона, қўзиқорин 100 гр. Оливье, франсуз салати, кам ёғ сақловчи

майонезли салатлар, 1 порция. Хурмо, ўрик, шафтоли, қулупнай, тарвуз, апельсин, мандарин, олхўри, малина, ананас, анор, гилос. 200гр. Олхўри 5 – 6 дона, туршак 6 – 7 дона Мевали шарбатлар 1 ст, сабзавотли шарбатлар 2ст. Сут, сливка, простакваша, зардоб, ёғсиз йогурт-1 ош қошиқ, Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган угра оши, манпар. Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган манти, палов, лағмон, мошкичири, 0,5 порция. Калла – поча, ёғсиз қази, қарта, хасип (ёғсиз), қайнатилган тухум 2 дона. Скумбрия, сельдь, лосось 50гр. Кам ёғ сақловчи зираворлар, сарёғ 1 чой қошиқ.

Хулоса: Озиқ-овқат махсулотлари (хар куни) **1.** Нон ва бошоқли махсулотла, кар-тошка: 5-11 порция кепакли нон, ёки қора нон 3 порция. Ёғсиз сутда тайёрланган гречка, овсянка, перловка, пшенка буткалари 200 гр.

2. Мевалар ва Сабзавотлар: 5-9 порция нордон – ширин олма, киви, олча, нок, бехи, смородина, грейпфрут 300гр. Помидор, баклажон, салат, бодринг, редиска, карам, шавел, лавлаги, сабзи, кўкатлар, қовоқ, болғор қалампири, туруп, шолғом. Аччиқ – чучук, карамли, бодринг ва помидорли салатлар, винегрет, кўкатлардан тайёрланган вақатиқ ёки ўсимлик ёғи билан аралаштирилган салат. Олма 1 дона, нок 1 дона. Куритилган мева шарбати, минерал сув, чой, қанд ўрнини босувчи маҳсулотлар қўшилган ва ачиқ бўлмаган кофе.

3. Сут махсулотлари 2-3 порция ёғсиз творог 200гр., қаттиқ пишлоқ 30гр., сметана 2 ош қошиқ, ряженка 1 ош қошиқ.

4. Гўшт махсулотлари ва тухум, Балиқ ва денгиз махсулотлари 1-3 порция: Ёғсиз ғўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган мошхўрда, мастава, ловияли шўрва, нўхотли шўрва, карамли шўрва, товуқли шўрва, қиймали шўрва, сабзавотли шўрва. Ёғсиз гўшт ва ўсимлик ёғида тайёрланган димлама, шашлиқ, дўлмалар, тефтель 1 порция. ёғсиз гўшт махсулотлари (мол, бузоқча), товуқ, курқа (териси олиб ташланади) Ўсимлик ёғида тайёрланган ёғсиз балиқнинг барча турлари Мурч, горчица, хар – хил зираворлар **5**. Ёглар ва ширинликлар 1-2 порция қанд ўрнини босувчи маҳсулотлар

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Представляло также интерес изучить влияние трипсина и специфического активатора PAR-2 - гексапептида (SLIGRL) на утилизацию печенью ХЦК-8 по изменению ферментовыделительной деятельности поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось сравнительное влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с трипсином и отдельно ХЦК-8 совместно с гексапептидом (SLIGRL) на секреторную функцию поджелудочной железы.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и портальную вену, был достоверно выше таковых показателей после введения физиологического раствора 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05 мл ($P<0,05$), 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл ($P<0,05$). При этом показатели объема сока под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл ($P>0,5$). Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно трипсина и ХЦК-8. Отмечалось достоверное увеличение показателей объема при введении, как в периферическую 0,84±0,06 мл и 0,59±0,05 мл ($P<0,05$), так и в портальную вену 0,78±0,06 мл и 0,48±0,03 мл ($P<0,001$), по отношению к показателям с введением физиологического раствора, и недостоверное увеличение показателей объема при введении в периферическую вену 0,84±0,06 мл и 0,79±0,07 мл ($P>0,5$)и достоверное в портальную вену 0,78±0,06 мл и 0,61±0,06 мл ($P<0,05$) по отношению к показателям с введением только ХЦК-8 (рис.3.8. А). Похожая направленность эффектов наблюдалась, под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8, по отношению к показателям с введением как физиологического раствора в периферическую вену 0,89±0,07 мл и 0,59±0,05 мл ($P<0,05$) и в портальную вену 0,85±0,08 мл и 0,48±0,03 мл ($P<0,001$), так и ХЦК-8 в периферическую вену 0,89±0,07 мл и 0,84±0,06 мл ($P>0,5$) ив портальную вену 0,85±0,08 мл и 0,78±0,06 мл ($P>0,5$) .

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 62,2±6,6 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин ($P<0,001$) и 48,0±5,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин ($P<0,001$). При этом показатели ОПА под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену 79,2±7,1 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 133,5±11,7 Ед/20 мин ($P<0,001$). В тоже время под влиянием совместно трипсина и ХЦК-8 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин ($P>0,5$) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин ($P<0,05$), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8. Под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8 также отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в

периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 151,6±13,4 Ед/20 мин (P>0,5) и при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 125,4±10,5 Ед/20 мин (P>0,5), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8.

Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно гексапептида и ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 1557,0±141,2 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1369,0±114,7 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только ХЦК-8.

Представленные данные показывают, что введение ХЦК-8, как в периферическую, так и портальную вену вызывало достоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. При этом все показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену. Эти результаты свидетельствуют, что при прохождении через печень короткоцепочного пептида ХЦК-8 происходит значительное снижение всех учитываемых показателей, что указывает на значительную утилизацию печенью ХЦК-8.

Привведение гексапептида в периферическую вену совместно с ХЦК-8 также вызывало недостоверное увеличение всех учитываемых показателей и достоверное увеличение этих показателей при введении в портальную вену, по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8. При этом показатели совместного введения гексапептида с ХЦК-8 были незначительно ниже, чем при введении в периферическую вену и несущественно выше, чем при введении в портальную вену. Эти результаты демонстрируют следующее: так как гексапептид является селективным агонистом PAR-2, то аналогичные эффекты с трипсином на снижение утилизации печенью ХЦК-8 и увеличение функциональной активности поджелудочной железы, могут указывать на одинаковые механизмы с участием PAR-2.

Это может подтверждать наше предположение, что трипсин через PAR-2 печени способствует снижению утилизации печенью ХЦК-8 и увеличению влияния его на функцию поджелудочной железы.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Представляло интерес также изучение влияния трипсина на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8 по эффектам секреторной функции поджелудочной железы.

Модифицирующее влияние короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с трипсином на секреторную функцию поджелудочной железы изучалось в 56 острых экспериментах на крысах, путем сравнения эффектов при введении их в портальную и периферическую вены.

Установлено, что под влиянием трипсина, введенного как в периферическую вену, так и в портальную вену, объем выделяемого поджелудочного сока (0,61±0,05 мл и 0,5±0,03 мл, соответственно) был несущественно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 0,59±0,05 мл и 0,48±0,03 мл (P>0,5). При введении ХЦК-8, как в периферическую вену, так и портальную вену, отмечалось достоверное увеличение объёма сока, по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора соответственно 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05 мл (P<0,05), 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). Тем не менее, эти показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже таковых данных при введении в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение трипсина и ХЦК-8 вызывало недостоверное увеличение объема сока относительно ХЦК-8 при введении в периферическую вену 0,84±0,07 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 0,78±0,05 мл и 0,61±0,06 мл (P<0,05).

Отмечалось несущественное понижение ОПА под действием трипсина, введенного в периферическую вену в сравнении с показателями после введения физраствора – 62,2±6,6 Ед/20 мин и 57,2±4,3 Ед/20 мин (P>0,5) и повышение при введении в портальную вену, также относительно эффектов физраствора 48,0±5,4 Ед/20 мин и 55,4±4,1 Ед/20 мин (P>0,5). Введение ХЦК-8, как в периферическую вену, так и портальную вену, вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми данными после введения физиологического раствора соответственно 62,2±6,6 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001) и 48,0±5,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, выделение ОПА 79,2±7,1 Ед/20 мин было достоверно ниже таковых показателей при введении в периферическую вену 133,5±11,7 Ед/20 мин (P<0,001). При совместном применении трипсина и ХЦК-8, по отношению к показателям с применением только ХЦК-8, отмечалось недостоверное увеличение ОПА при введении в периферическую вену 142,7±13,5 Ед/20 мин и 133,5±11,7 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 111,8±9,4 Ед/20 мин и 79,2±7,1 Ед/20 мин (P<0,05).

Выделение амилазы поджелудочного сока под влиянием трипсина было несущественно выше, чем её выделение после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 663,9±57,2 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P<0,5), так и портальную вену 691,2±61,3 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P<0,5), соответственно.

Под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и портальную вену 1001,1±93,1 Ед/20 мин, выделение амилазы поджелудочного сока было достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин (P<0,001) и 601,8±43,2 Ед/20 (P<0,001). В тоже время показатели амилазы под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену 1001,1±93,1 Ед/20 мин, были достоверно ниже её показателей при введении ХЦК-8 в периферическую вену 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P<0,05). Совместное использование трипсина и ХЦК-8 вызывало по отношению только ХЦК-8 недостоверное увеличение амилазы в составе поджелудочного сока при введении в периферическую вену 1484,0±123,9 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P<0,05) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1285,0±95,3 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P<0,05).

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного ХЦК-8 происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверном понижении общей протеолитической активности и показателей амилазы. При этом введение трипсина в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8. В тоже время введение трипсина в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8.

По результатам проведенных исследований можно заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Трипсин при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно увеличивает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

Эти результаты исследований являются новым доказательством существования физиологического механизма взаимосвязи желудочно-кишечного тракта и печени, а трипсин может являться фактором, участвующим в модификации этих механизмов.

ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ

Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Было обнаружено, что у крыс применение синтетического низкомолекулярного ингибитора протеаз габексата, значительно уменьшало, повышение уровня трансаминазы в сыворотке крови и улучшало гистологию печени через 24 часа после введения четыреххлористого углерода. Применение габексата также значительно улучшало выживаемость после смертельной дозы CCl_4 от 0% до 20% [190, с. 260-263]. Также было показано, что синтетический низкомолекулярный ингибитор протеаз нафамостат мезилат при введении внутривенно оказывает благоприятное воздействие на гепатоциты свиньи, улучшает их жизнеспособность через прямое влияние такое, как предотвращение активности протеаз на мембранах гепатоцитов свиньи [87, с. 2392-2395; 175, с. 534-537; 204, с. 595-597**]**.

Поэтому представляло интерес изучение влияния ингибиторов протеаз на утилизацию печенью короткоцепочных пептидов и секреторную функцию пищеварительных желез желудка и поджелудочной железы.

Помимо трипсина, представляло интерес также изучить влияние ингибитора протеаз контрикала на утилизацию печенью короткоцепочного пептида пентагастрина на секреторную функцию желудочных желез, результаты этих исследований представлены в данном разделе главы.

В 56 острых экспериментах на крысах изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида пентагастрина совместно с контрикалом на секреторную функцию желудочных желез.

Результаты экспериментов показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием контрикала, введенного в периферическую вену (в/в), был недостоверно ниже, чем после введения физиологического раствора 0,4±0,02 мл и 0,5±0,03 мл (P>0,5). Под влиянием контрикала, введенного в портальную вену (в/п), эффект был также недостоверно ниже, чем после введения физиологического раствора 0,5±0,04 мл и 0,7±0,04 мл (P>0,5), но этот эффект был более выражен, чем при введении в периферическую вену.

Объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5 был достоверно выше, таковых показателей после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 1,7±0,08 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001), так и портальную вену 1,1±0,08 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001), соответственно. При этом

показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 1,1±0,08 мл и 1,7±0,08 мл(P<0,001). В тоже время под влиянием совместно контрикала и Г-5 по отношению к только Г-5 отмечалось недостоверное уменьшение показателей при введении в периферическую вену 1,6±0,13 мл и 1,7±0,08 мл (P>0,5) и достоверное снижение при введении в портальную вену 0,9±0,05 мл и 1,1±0,08 мл (P<0,05).

Показатели ОПА желудочного сока после введения контрикала были недостоверно ниже, чем после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 26,1±2,2 Ед/20мин и 29,9±1,85 Ед/20мин (P>0,5), так и в портальную вену 25,4±2,4 Ед/20мин и 31,4±2,1 Ед/20мин (P>0,5), но более выражены, чем при введении в периферическую вену.

Под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 51,3±3,74 Ед/20 мин и 29,9±1,85 Ед/20 мин (P<0,001), так и в портальную вену 42,8±2,2 Ед/20мин и 31,4±2,1 Ед/20мин (P<0,01), показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора. При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 42,8±2,2 Ед/20 мин и 51,3±3,74 Ед/20 мин (P>0,5). В тоже время под влиянием совместно контрикала и Г-5 по отношению к только Г-5 отмечалось недостоверное снижение показателей при введении в периферическую вену 46,5±3,9 Ед/20 мин и 51,3±3,74 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное уменьшение при введении в портальную вену 35,7±2,1 Ед/20 мин и 42,8±2,2 Ед/20 мин (P<0,05).

Показатели общей кислотности желудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению объема желудочного сока и
ОПА. После введения контрикала в периферическую вену (в/в), эти показатели были незначительно ниже, чем после введения физиологического раствора 5,2±0,3 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P>0,5). А под влиянием контрикала, введенного в портальную вену (в/п), были достоверно ниже, чем после введения физиологического раствора 4,2±0,2 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,05).

Под влиянием Г-5 показатели общей кислотности желудочного сока были достоверно выше показателей после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), так и портальную вену 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), соответственно. При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно контрикала и Г-5 по отношению к Г-5 отмечалось недостоверное уменьшение показателей при введении в периферическую вену 14,9±1,3 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин (P>0,5) и достоверное снижение при введении в портальную вену 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 7,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,05).

Представленные данные свидетельствуют, что введение контрикала в периферическую вену вызывало недостоверное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением физиологического раствора. Введение контрикала в портальную вену вызывало достоверное снижение показателей объема желудочного сока, общей кислотности и ОПА по отношению к таковым показателям с введением в периферическую вену.

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного пентагастрина происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема желудочного сока и общей кислотности. Однако отмечается выраженное, но недостоверное снижение показателей ферментовыделительной деятельности желудка (показатели ОПА). При этом введение контрикала в периферическую вену совместно с пентагастрином вызывало недостоверное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только пентагастрина. В тоже время введение контрикала в портальную вену совместно с пентагастрином вызывало более выраженное по сравнению с введением в периферическую вену снижение всех учитываемых показателей.

ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Алейник В.А., Валиева М.Ю., Жураева М.А., Холикова Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальным было также изучение влияния контрикала на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8, а также на секреторную функцию поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с контрикалом на секреторную функцию поджелудочной железы.

В результате проведенных исследований было установлено, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием контрикала был несущественно ниже, чем таковые показатели после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,58±0,04 мл и 0,59±0,05 мл (P>0,5), так и в портальную вену 0,45±0,04 мл и 0,48±0,03 мл (P>0,5).

При этом объем сока под влиянием ХЦК-8 был достоверно выше, по отношению к показателям после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05мл (P<0,05), так и в портальную вену 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). В тоже время, показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже показателей введения в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение контрикала и ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение показателей в меньшей степени при введении в периферическую вену 0,75±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 0,52±0,04 мл и 0,61±0,06 мл (P>0,5) по отношению к таковым показателям с введением ХЦК-8 .

Под влиянием контрикала, введенного в периферическую вену, отмечалось незначительное понижение ОПА - 53,1±4,7 Ед/20 мин и в большей степени при введении в портальную вену - 37,1±2,5 Ед/20 мин, по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора 62,2±6,6 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин, соответственно (P>0,5).

Введение ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми показателями после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 133,5±12,6 Ед/20 мин и 62,2±6,6 Ед/20 мин (P<0, 001), так и в портальную вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин (P<0,001).

При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P<0,001).

В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 снижение показателей, в меньшей степени при введении в периферическую вену 122,4±11,3 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 61,9±5,2 Ед/20 мин и79,2±7,4 Ед/20 мин (P>0,5).

Показатели амилазы поджелудочного сока под влиянием контрикала по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора незначительно снижались в меньшей степени при введении в периферическую вену 579,3±46,1 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 496,8±42,5 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P>0,5),.

При этом под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену - 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и в портальную вену - 1001,1±93,1 Ед/20 мин, показатели амилазы поджелудочного сока были достоверно выше (P<0,001), чем таковые показатели после введения физиологического раствора, соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей амилазы по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 в меньшей степени при введении в периферическую вену 1245,0±115,4 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 814,2±73,1 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P>0,5) .

Полученные результаты показали, что при введении контрикала в периферическую вену изменения всех показателей в составе поджелудочного сока были менее выраженные и недостоверные, более выраженные изменения этих показателей отмечались при введении в портальную вену.

Установлено, что при прохождении через печень короткоцепочного ХЦК-8происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема поджелудочного сока, общей протеолитической активности и амилазы. Введение контрикала в периферическую вену совместно с ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение всех учитываемых показателей по отношению к таковым с введением только ХЦК-8. В тоже время введение контрикала в портальную вену совместно с ХЦК-8 вызывало не достоверное более выраженное уменьшение всех учитываемых показателей по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8.

Полученные результаты позволяют заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Контрикал при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно уменьшает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность контрикала увеличивать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИСТОСТРУКТУР ПОЧКИ ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ

Алиев Х.М., Шокаримова Н. В., Шаробидинов Б.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Отечественными и зарубежными учеными проведено значительное количество исследований по изучению морфологических и функциональных перестроек гистоструктур коркового вещества почки в процессе адаптации к изменившимся условиям функционирования мочевыделительной системы. В имеющихся литературах фундаментальных морфологических работ по однообразному питанию крайне мало. А также они чаще противоречивы и фрагментарны. В не поля зрения исследователей остались

вопросы развития адаптационных процессов гистоструктур коркового вещества почки при однообразном белковом питании. Нами изучена состояние гистоструктур коркового вещества почки в условиях однообразного питания применив морфометрические методы исследования.

Лабораторных животных контрольной группы содержали в обычных условиях вивария на естественном для грызунов корме, животных опытной группы кормили однообразным белковым (куриные яйцо) кормом. Объектом исследования послужили почки крыс, кусочки которого фиксировали в 12 % нейтральном формалине, затем обезвоживали в спиртах восходящей концентрации и заключали в парафин. Гистологические микропрепараты окрашенны гематоксилин – эозином.

Морфометрические показатели гистоструктур почки в ходе исследования постепенна имела прирост по сравнению с контролной группой и придудищими сроками исследования, к концу эксперимента : ширина коркового вещества почки белых крыс в среднем составляло 1438,6 ±13,6 мкм, диаметр почечного тельца 70,9±2,7 мкм, диаметр капилляров клубочка почечного тельца 11,9±0,6 мкм, диаметр проксималных канальцев 45,5±1,6 мкм, высота призматических клеток проксимальных канальцев 24,9±0,9 мкм, диаметр дистальных канальцев 34,8±0,7 мкм, а высота эпителиальных клеток дистальных канальцев - 15,9 ± 0,7 мкм, соответственно.

Изложенные данные указывают на различную степень адаптационных преобразований гистоструктур коркового вещества почки контрольной группы и животных потребляющих белковую пищу.

МЕЪДА – ИЧАК МОТОРИКАСИНИ ГИПОКИНЕЗИЯДА РЕНТГЕНОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Х.М. Алиев
Андижон давлат тиббиёт институти

Гипокинезия инсонларни ҳаётига сезилмасдан кириб келиб, саломатлигига ҳавф сола бошлади. Одатда, гипокинезия холатига турли табиий ва техноген офатлар натижасида тушиш мумкин: кучли зилзилалар, сув тошқинлари ва ёки йирик ишлаб чиқариш корхоналаридаги кутилмаган офатлар натижасида келиб чиқади. Бундай табиий ва техноген офатлар натижасида инсонларни маълум бир вақт давомида кичик худудларда изоляция қилиниши - сувсизланиш, очлик ҳисси билан биргаликда, улардаги фаол жисмоний харакатларни йирик бўғинларида чегараланишига ёки тўхташига олиб келади. Шу билан бирга, компьтер асрида ақлий меҳнат кишиларини доимий равишда гипокинезия холатида бўлиб, йирик бўғинларда харакатни тўхташи ва фақат қўл панжаси ёки бармоқларни харакати асосида фаолият юритиши одатий холга айланиб қолди. Узоқ муддатли гипокинезия организмда турли ўзгаришларга сабаб бўлмоқда ва у бугунги кун замонавий тиббиётида “Гипокинетик синдром” ёки “ Гипокинетик касаллик “ сифатида ўрганилмоқда. Гипокинезияни стресс фактори сифатида таъсири, ҳазм жараёнларини бузилиши, озиқ моддаларни сўрилишини издан чиқиши, меъда ва ичакларда дисбактериозни турли босқичларини келиб чиқиши махаллий ва хорижий олимлар томонидан ўрганилган .

Тадқиқот мақсади қилиб, Гипокинезия шариотида меъда ичак тизими моторикасини тиббий рентгенологик усулларда ўрганиш этиб белгиланди.

Тажрибалар 150-160 грамм оғирликка эга бўлган, оқ каламушларда ўтказилди. Тажриба ҳайвонлари икки гуруҳга ажратилди : биринчи - назорат гуруҳидаги оқ каламушлар кенг, катта қафасларда одатий виварий шароитида; иккинчи – гипокинезиядаги каламушларни махсус кичик мосламаларда, ҳаракати чегераланган холатда боқилди.

Тажрибаларнинг 7- ва 30- суткаларида назорат ва гипокинезиядаги каламушларнинг меъдасига, барий-сулфатни 2,0 миллилитрдан юборилди. Сўнгра 10 – 30 минут, 1- 2- 3- 4- 6 ва 24 соатдан сўнг рентренография ўтказилди. Назорат гуруҳида барий-сульфат меъдадан ўн икки бармоқли ичакка ва ингичка ичакни юқори қисмларига 10-30 минут давомида ўтиб, 2 соатда йўғон ичакка сурилиши, 6 соатда унинг ҳам бўшлиғини тўлдириб, 24 соат давомида сигмасимон ичакдан тўғри ичак орқали чиқарилиши аниқланди. Гипокинезиянинг 7 суткасида, контраст модда меъдадан ўн икки бармоқли ичакка 10 -30 минут давомида қисман ўтганлиги, 60 минутдан сўнг ўн икки бармоқли ичак бўшлиғини тўлдириб, оч ичакни юқори проксимал қисмига ўтган. 2-3 соатдан кейин ингичка ичакни 2/3 қисмида, 6 соатдан кейингина қолган қисмида кўринди, меъдада кам миқдорда қолган. Келгуси муддатларда пассаж - силжиши давом этиб, 24 соатдан кейин ўтказилган рентгеногафияларда, контраст модда барий-сульфат меъдада ва ингичка ичакда қисман қолганлиги, йўғон ичакни кўндаланг ва тушувчи қисмларида ҳамда, сигмасимон ичак бўшлиғида мавжудлиги аниқланди. 30 суткада, барий-сульфат меъдадан ўн икки бармоқли ичакка 10 - 30 - 60 минутда қисман ўтганлиги, 2-3 соатда ўн икки бармоқли ичак бўшлиғини тўлдириб, оч ичакни юқори проксимал қисмига ўта бошлаган, 8 соатдан кейингина қолган қисмида кўринди. Келгуси муддатларда пассаж - силжиши аста- секинлик билан давом этиб, 24 соатдан кейин ўтказилган рентгеногафияларда, контраст модда барий-сульфат меъда, ингичка ичак, йўғон ичакни қисмларида ҳам оз миқдорда кўриниб, сигмасимон ичак бўшлиғини тўлдирди.

Гипокинезия шароитида меъда эвакуатор фаолиятини, ичакларни моторикасини ўзгариши хисобига, ҳазм каналида пассаж - силжиши жараёнлари секинлашганлигини кўрсатди.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОРАКОСКОПИИ

Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Абдуллаев У.У.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Наманганском филиале РНЦЭМП за период с 2002 по 2020гг. выполнена лечебно-диагностическая торакоскопия 402 пострадавшим с травмами груди, из них 299 (74,3%) мужчин и 103 (25,8%) женщин в возрасте от 14 до 68 лет. Все пострадавшие с травмой грудной клетки обследованы рентгенологически. Показанием к экстренной видеоторакоскопии явилось наличие малых и средних гемопневмотораксов. Использовалось торакоскопическое оборудование фирмы «Karl Storz».

Изолированное повреждение грудной клетки выявлено у 118 (29,3%) пострадавших, у 139 (34,5%) больных закрытая травма груди сочеталась с черепно-мозговой травмой различной степени, у 19 (4,7%) - с повреждением органов брюшной полости, у 59 (14,6%) - с переломами костей конечностей и с осложненный переломом грудопоясничных позвонков - у 10 (2,4%).

У 69 (17,1%) больных с множественными переломами ребер, осложненными кровотечением из межреберных сосудов, гемостаз достигнут клипированием межреберных сосудов и биполярной диатермокоагуляцией. У 51 (12,6%) больных с повреждением висцеральной плевры и небольшими разрывами паренхимы легких гемостаз достигнут наложением эндошвов. Поверхностный разрыв плевры без признаков активного кровотечения наблюдался у 79 (19,6%) больных. Переломы ребер без повреждения плевры диагностированы у 40 (9,9%) пострадавших. Ушиб и гематома легких отмечены у 70 (17,4%), органов средостения 23 (5,7%) больных. Во всех случаях плевральная полость дренирована. Причиной конверсии (переход к торакотомии) у 21 (5,2%) пострадавших явился разрыв легких с продолжающимся кровотечением.

Интраоперационное осложнение в виде кровотечения из межреберных вен в месте введения торакопорта наблюдалось у 2 пациента, у которого гемостаз достигнут биполярной диатермокоагуляцией.

Умерло 12 (2,9%) больных от причин, не связанных с торакоскопией (открытая черепно-мозговая травма + переломы ребер и тяжелая сочетанная травма, ушиб легкого и органов средостения + перелом грудопоясничного отдела позвоночника).

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок и сократить время установления диагноза. Использование видеоторакоскопии при политравмах меняет тактику лечения пациентов и в большинство случаев является альтернативой торакотомии.

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Султанов Ш.И.
Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

В Наманганском филиале РНЦЭМП за период с 2010 по 2020 гг. со спонтанным пневмотораксом на стационарном лечении находились 212 больных. Мужчин было 149 (70,2%), женщин 63 (29,8%). Средний возраст больных составил 32 лет. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 125 (58,9%) больных, левосторонний у 86 (40,5%) и двухсторонний – у 1 (0,6%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным видеоторакоскопия была выполнена с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). В результате диагностической торакоскопии выявлены; буллезная эмфизема без осложнений у 130 (61,3%), с воспалительными проявлениями – 25 (11,7%), надрывы спаек - у 28 (13,2%), туберкулез легких у 20 (9,4%) и видимой патологии не обнаружено – у 9 (4,2%) больных.

Иссечение и электрокоагуляция булл произведено у 101 (47,6%) больных, наложение эндошва на буллы у 38 (17,9%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 24 (11,3%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 50 (23,5%) больных при торакоскопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 9 (4,2%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакоскопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у двух пациентов, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 3 (1,4%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа.

Среднее пребывание больных на койке составил 5,7 дней. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакоскопии в ургентной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ЭХОГРАФИЯ В УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРИПТАРХИЗМЕ

Алимарданов О.Р., Фазылов А.А., Курбанов Ф.Т., Кадиров Н.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Введение. Невозможность про пальпировать яички в мошонке – это частая причина направления детей на ультразвуковое исследование. Установлено, что уже после первого года жизни, при криптархизме, происходит торможение развития семенных канальцев, которое с возрастом прогрессирует. Особенно часто крипторхизм обнаруживается у недоношенных и маловесных детей. Такие методы, как осмотр и пальпация яичка не всегда позволяют точно оценить состояние низведенного семенника. На сегодняшний день вопросы стандартизации методологии ультразвукового исследования наиболее актуальны.

Цель исследования. Изучить возможности оценки результатов ультразвукового исследования до и после операции орхопексии.

Материал и методы исследования. В исследование включены 35 пациентов с криптархизмом, в возрасте от 1 года до 14 лет, которым была проведена эхография до и после операции орхопексии. Ультразвуковое исследование яичек осуществлялось на ультразвуковом приборе Sono Ace R3 (Samsung Medison), с линейными датчиками LN5– 12/40, частотой 5-10 МГц. Объем яичка вычисляли по формуле $V = A \cdot B \cdot C \cdot 0{,}523$.

Результаты. У 4 (11,5%) пациентов выявлен двусторонний криптархизм, у одного (2,8%) мальчика односторонняя аплазия яичка, во всех остальных случаях диагностирован односторонний криптархизм (85,7%). До операции орхопексии у 25 (71,4%) детей яички пальпировались в паховой области, у 10 (28,6%) не определялись. При ультра звуковом исследовании у 29 (82,8%) больных пальпируемые и не пальпируемые яички были обнаружены в паховом канале, из них в 19 наблюдениях яичко визуализировалось во внутренней части, в верхней трети пахового канала, в том числе у 2 детей с двухсторонним крипторхизмом, в 10 наблюдениях – в наружной части, в нижней трети пахового канала. В 2 (5,7%) случаях яичко обнаружено в брюшной полости, в 4 (11,4%) – обнаружить яичко не удалось. Из 35 наблюдений у 18 (51,4%) мальчиков обнаружена гипоплазия яичка, из которых в 11 случаях имелись хорошие клинические результаты после операции. У 5-ти больных после операции отмечен рецидив, в том числе у 2-х детей с двухсторонним крипторхизмом. При рецидиве у троих больных яичко выявлено в паховом канале, у двоих определено не полное опущение яичка во вместилище. Ультразвуковое исследование, выполненное в отдаленном послеоперационном периоде, через 6 месяцев после операции орхопексии, выявило отклонение от нормы размеров и структуры яичек у каждого второго пациента, при чем как в низведенном семеннике, так и с противоположной стороны. При ультразвуковом исследовании выявлялись яички размерами более 10 мм. Из 29 наблюдений, при которых яички были обнаружены в паховом канале в 12 (41,4%) наблюдениях их размеры были уменьшены, в 19 (65,5%) – эхогенность яичек была понижена по сравнению с нормой и в 10 (34,5%) – эхогенность была повышена, зернистость не определялась. При цветной и энергетической допплерографии в 69,9% наблюдениях определялся обедненный кровоток, в 30,1% - кровоток не определялся. Структура во всех наблюдениях была однородной. У 10 (28,6%) пациентов с криптархизмом были обнаружены сочетанные пороки мочевыделительной системы: полное и неполное удвоение мочевых путей, пиелоэктазия, нефроптоз, увеличение размеров почек и признаки нефропатии.

Заключение. Ультразвуковое исследование яичек при криптархизме имеет огромное значение в уточняющей диагностике до операции орхопексии и позволяет объективно оценить результаты лечения.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Алимжанова Мохирабону Шукурохуновна.
Студентка 1 курса 120 группы лечебного факультета Ферганского медицинского института общественного здоровья,
Научный руководитель: ассистент Тишабаева Наргиза Алимджановна

Актуальность: По данным ВОЗ, около 2 млрд жителей Земли живут в условиях хронического йодного дефицита, который приводит к драматическим последствиям: развитию таких заболеваний щитовидной железы, как эндемический диффузный и узловой зоб, умственная и физическая отсталость детей, кретинизм,

невынашивание беременности; существенному увеличению риска радиационно-индуцированного рака щитовидной железы в случае ядерных катастроф. Ежегодно в специализированной эндокринологической помощи нуждаются более двух миллионов взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы.

Цель исследования: Выявление основной этиологии заболеваний щитовидной железы и изучение показаталей заболеваемости.

Материалы и методы исследования: Статистика ВОЗ по заболеваниям щитовидной железы.

Результаты исследования: Щитовидная железа представляет собой непарный орган, состоящий из двух частей: правой и левой долей, обычно соединённых. Названа железа так потому, что расположена перед щитовидным хрящом гортани.

В центральной части перешейком щитовидка располагается в передней части шеи, охватывая трахею с двух сторон объемными долями, а спереди – перешейком. У трети людей имеется добавочная пирамидальная долька, отходящая от перешейка. Боковые доли располагаются в области нижней половины латеральной поверхности щитовидного хряща, перстневидного хряща и трахеи. Нижний полюс их спускается до 5-6 кольца трахеи. Перешеек расположен на уровне 2-4 колец трахеи. Боковые доли железы покрывают arteria.carotis communis, vena jugularis, nervus recurens, околощитовидные железы и примыкают сзади к пищеводу.

Щитовидная железа является объемным органом. Каждая доля железа объемная и формой напоминает язык. Ошибочное сравнения щитовидной железы с бабочкой усложняет понимание изменения в железе. Бабочка – это преимущественно плоский объект, а щитовидная – объёмный.

Щитовидная железа имеет собственную оболочку (tunica fibrosa), от которой вглубь железы отходят соединительнотканные перегородки, разделяющие ее на дольки, и капсулой, происходящей из фасции шеи (capsula externa). Щитовидная железа с капсулой не спаяна, что имеет важное значение при операциях на ней. При помощи связок капсула фиксирует щитовидную железу к перстневидному хрящу и трахее, что обусловливает смещение железы при глотании вместе с гортанью и трахеей. Это облегчает распознавание при пальпации даже небольших образований в щитовидной железе и позволяет дифференцировать нетиреоидные образования шеи.

Щитовидная железа снабжается кровью четырех артерий: двумя верхними щитовидными, правой и левой, берущими начало из arteria carotis externa и двумя нижними, правой и левой, происходящими из arteria subclavia. Артерии щитовидной железы сильно анастомозируют между собой, что дает возможность при операциях перевязывать несколько сосудов сразу, не опасаясь некроза щитовидной железы. После входа в паренхиму железы, артерии образуют густую сеть мелких артериол, распадающихся на капилляры, которые окружают фолликулы, тесно прилегая к фолликулярному эпителию. Интенсивность кровообращения щитовидной железы значительно превосходит все другие без исключения органы и ткани. При пересчете на единицу веса ткани кровоток через щитовидную железу значительно превышает таковой в миокарде, мозге и почках. Венозный отток из щитовидной железы осуществляется в vena jugularis interna и venae brachiocephalicae. Лимфатические сосуды впадают в глубокие шейные, предгортанные, претрахеальные и паратрахеальные лимфатические узлы.

Щитовидная железа имеет как симпатическую, так и парасимпатическую иннервацию. Волокна симпатической иннервации происходят из шейных ганглиев и образуют верхние и нижние щитовидные нервы. Парасимпатическая иннервация осуществляется ветвями блуждающего нерва, верхним гортанным и возвратным гортанным нервами.

В норме у женщин оптимальный объём щитовидной железе составляет 7-8 мл, а мужчин 9-11 мл. Увеличение железы на дополнительно 2-4 мл физиологична, и может происходить при энергозатратных условиях.

Щитовидная железа состоит из клеток двух разных видов: фолликулярных и парафолликулярных (С-клетки). Фолликулярные клетки, продуцирующие тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), формируют в железе многочисленные фолликулы, каждый из которых состоит из центральной полости, заполненной коллоидом, главной составляющей которого является белок тиреоглобулин, окруженной одним слоем кубовидных эпителиальных клеток. Парафолликулярные клетки (С-клетки) продуцируют белковый гормон кальцитонин. Т4 и Т3 синтезируются из аминокислоты тирозина. Кроме того, существует биологически неактивный реверсивный трийодтиронин (рТ3), который образуется при дейодировании внутреннего кольца Т4

Щитовидная железа вырабатывает тиреоидные гормоны – тироксин и трийодтиронин, которые, выделяясь в кровь, оказывают влияние на все клетки и ткани организма, регулируют скорость различных процессов обмена веществ. Эти гормоны отвечают за множество жизненно важных функций: он регулируют деятельность головного мозга, нервной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, влияют на репродуктивную функцию, работу молочных и половых желез и много другое.

Йододефицитные заболевания щитовидной железы — патология щитовидной железы, развивающаяся в результате недостатка йода в организме. Признаками йодного дефицита могут служить увеличение размеров щитовидной железы, затруднение при глотании, ухудшение памяти, слабость, хроническая усталость, сухость кожи, ломкость ногтей, увеличение массы тела. Йод является незаменимым для функционирования организма микроэлементом. В организме здорового человека 70-80% йода скапливается в щитовидной

железе и служит необходимым компонентом для синтеза гормонов щитовидной железы. Периодами повышенной необходимости йода для организма являются половое созревание, беременность и время кормления грудью. Йододефицит в окружающей среде (в почве, воде, продуктах питания) и, следовательно, недостаточное естественное его поступление в организм вызывает сложную цепь компенсаторных процессов, призванных поддержать нормальный синтез и секрецию гормонов щитовидной железы.

Сформулированы практические предложения по улучшению профилактических мероприятий для предотвращения развития йододефицитных заболеваниях.

По данным ВОЗ, около 2 млрд жителей Земли живут в условиях хронического йодного дефицита, который приводит к драматическим последствиям: развитию таких заболеваний щитовидной железы, как эндемический диффузный и узловой зоб, умственная и физическая отсталость детей, кретинизм, невынашивание беременности; существенному увеличению риска радиационно-индуцированного рака щитовидной железы в случае ядерных катастроф. Ежегодно в специализированной эндокринологической помощи нуждаются более двух миллионов взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы.

Выводы: Как показывает международный опыт, принятие законов об обязательном йодировании соли — наиболее эффективный способ решения проблемы, рекомендованный ВОЗ. Из всех стран бывшего СССР только Россия и Украина не имеют законодательного регулирования проблемы йодной профилактики.

УЗОҚ МУДДАТДАН СЎНГ ЎПКА АРТЕРИЯ ГИПЕРТЕНЗИЯСИНИНГ БИОКИМЁВИЙ МАРКЕРЛАРИ ВА КАРДИОРЕСПИРАТОР ХОЛАТИГА ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ

Аляви А.Л., Содиқова Г.А., Рахимова Д.А
ЎзР ССВ Республика Ихтисослаштирилган Терапия ва Тиббий Реабилитация илмий - амалий Тиббиёт Маркази, Тошкент.

Изланишлар мақсади. Бронхиал астма касаллиги (БА) ўпка артерия гипертензияси (ЎАГ) билан асоратланган беморларни, 12 ҳафта давомида амлодипин билан даволаш динамикасида липидлар перикисли оксидланиши/антиоксидант (ЛПО/АО) тизим фаоллиги ва функционал кўрсаткичларга боғлиқ холда баҳолаш.

Материал ва усуллар. Назоратимизда 32 та БА касаллиги ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморлар бўлди.

Текширувдаги беморларда допплерэхокардиография ёрдамида юрак ўнг қоринча диастола функцияси аниқланди. Биокимёвий текширишлардан ЛПО/АО баъзи ферментлар активлиги текширилди. Ташқи нафас фаолиятида "Medicor" мосламаси ёрдамида ўпка ҳаёт хажми, 1сонияда нафас чиқариш хажми ва Тиффно индекси, тахлил қилинди. Беморларга 1 гуруҳда, 12 ҳафта давомида амлодипин (5-10 мг/сутка) дозада асосида базис терапия (БТ, GINA - 2006); 2-гуруҳда фақат БТ берилди.

Натижалар. Даволашдан олдин ЛПО тизими кўрсаткичларининг фаоллик миқдори беморларда соғлом гурухга нисбатан ортиши: МДА 17.9 ва 14.6%; ХЛ эса 19.2 ва 15.7 СОД 18.7 ва 13.1%; КАТ 16.1 ва 12.3% камайишларида ($p<0,05$) кузатилди. Бу ўзгаришлар ўпка вентиляция қилиш кўрсаткичларидан 1 сонияда нафас чиқариш хажми 14.5 ва 10.7%, пасайиши ва ўпка артерия ўртача босими %, юрак ўнг бўлмачага тўлиш фракциясининг %, Е/А % силжишларида аксланади. Ўпка артерия гипертензияси бўлган беморлар қонида оксидатив номутаносиблик ортиши метаболик ўзгаришлар фақат маҳаллий эмас, балки умумий тус олганлигидан далолат беради. 12 ҳафта давомида амлодипин билан даволаш динамикасида ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари ва ўпка артерия ўртача босими %, юрак ўнг бўлмачага тўлиш фракциясининг %, Е/А % ижобий ўзгаришлари фарқининг аниқлиги ҳақиқий бўлди.

Бу ўзгаришларни жамлаб хулоса қилинганда, биргаликда қўлланилган даволаш омиллари, БА ўпка артерия гипертензияси билан асоратланган беморларда ЛПО/АО тизим номтаносиблиги ва бронхлар вентиляция, дренаж ҳолати бузилишининг инволюцияга учраши 1 гурухда НГ гурухига нисбатан юқорилиги аниқланди.

Хулоса. Бронхиал астма касаллиги ўпка-юраги билан асоратланган беморларда эритроцит хужайралари мембраналарида ЛПО/АО тизим гиперактивацияси, кислород активланган формасининг оксидатив жараёнларни инициациялаш механизмидаги аҳамиятини билдиради. Бронхлар обструкцияси ва гипоксемияга адаптация шароитида биокимёвий силжишлар даражаси, ўпка артерия гипертензиясига мос равишда ўзгариб, кордиоваскуляр тизим ремоделланишини акслантиради. Назоратимиздаги беморларга базис терапия асосида амлодипин берилганда, бронхлар дилатацияси ортиб, ўпка артерияси, юрак ўнг қисмига оғирлик пасайиши ва хужайраларда оксидатив фаоллик ижобий силжишлари кузатилди.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Artikova S
Kafedra propeduction ichki kasalliklar
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Ko'rinib turibdiki, yurak etishmovchiligi (HJ) bo'lgan bemorlarda 3 yil davomida yurak etishmovchiligi darajasi 10% ga oshgan [Crijns HJ va boshq, 2000]. BF o'limni mustaqil ravishda bashorat qiladigan kasallik ekanligi aniqlandi [Benjamin EJ, 1998]. Koroner arter kasalligi bo'lgan bemorlarda BPning paydo bo'lishi jiddiy asoratlar va o'lim ehtimolini sezilarli darajada oshiradi. O'tkir infektsiyaning eng jiddiy asoratlari tromboembolizm (TE) va surunkali yurak etishmovchiligining rivojlanishi yoki kuchayishi hisoblanadi. BF bilan og'rigan bemorlarning 2/3 qismida tromboembolizm (TE) sababi 3-18% bemorlarda aniqlanadigan yurak ichi trombusi [Manning VG, 1995; Godtfredsen J. , 2003 yil]. BF bilan og'rigan bemorlarda ishemik qon tomir kasalligi yiliga o'rtacha 5% ni tashkil qiladi va ushbu kasallikka chalinganlarga qaraganda 2-7 baravar yuqori [B. Brembilla -Perrot va boshq, 1994; CV Naccarelli va boshqalar, 2003].

Tadqiqot maqsadi. Koroner yurak kasalligi bilan bog'liq atriyal fibrilatsiyali bemorlarda tromboembolik asoratlarning oldini olishda og'iz antikoagulyantlarining samaradorligi va xavfsizligini o'rganish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Birinchi bosqichda 40 bemorning 23 nafari (57,5%) erkaklar, 17 nafari (42,5%) ayollardir. Ular yurak-qon tomir kasalliklari diagnostikasi uchun Evropa hamjihatlik so'rovnomasi (1987) yordamida varfarin va rivoroksaban ta'sirini kompleks klinik va instrumental o'rganishdan o'tkazdilar . Bemorlarning anketaga bergan javoblari, alomatlar anketasi, giyohvand moddalarni davolash, chekish, bemorning kasbi, shuningdek, klinik va funktsional tekshirish usullari (bo'yi, pulsi, tog 'bosimi) jami 40 bemorda fibrilatsiyani aniqlashga imkon berdi.

Tadqiqot natijalari. Fibrilatsiyani davolashning asosiy tamoyillari antikoagulyant terapiya, shuningdek bemorlarda yurak urishi va yurak urish tezligini nazorat qilishdir. Ilmiy kontseptsiya juda sodda bo'lsa ham, fibrilatsiyaning klinik o'zgaruvchanligi ko'pincha tajribali shifokorning qaror qabul qilishini qiyinlashtiradi (optimal davolash strategiyasini tanlash - yurak urishi va yurak urishini kuzatish, etarli darajada antiaritmik terapiya tayinlash, orolantikoagulyantlarni to'g'ri baholash uchun ritm). Fibrilatsiyani keng tarqalishining asosiy sabablaridan biri bu etarli davolanishning etishmasligi, shuning uchun jiddiy asoratlarni rivojlanish ehtimoli kuchayadi, bu esa ushbu sohadagi keyingi tadqiqotlar uchun asosiy omillardan biri bo'lib qolmoqda.

Qo'shimcha kasalliklardan gipertoniya bemorlarning 80 foizida ishemik yurak kasalligi hisoblanadi. Yurak etishmovchiligi I va II funktsional sinfdagi bemorlarning 37,5 foizida va qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning 26,4 foizida sodir bo'ldi. Giperxolesterinemiya bemorlarning 43,6 foizida kuzatilgan. Bemorlarning 3,4 foizida miokard infarkti kuzatilgan.

Qo'shni kasalliklardan gipertenziya bemorlarning 80 foizida ishemik yurak kasalligi hisoblanadi. Yurak etishmovchiligi I va II funktsional klassi bo'lgan bemorlarning 37,5 foizida va qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning 26,4 foizida sodir bo'lgan. Giperxolesterinemiya bemorlarning 43,6 foizida kuzatilgan. Bemorlarning 3,4 foizida miokard infarkti kuzatilgan.

Kuzatuv davrida EKG natijalarini tahlil qilish yurak urish tezligi QRS kompleksining QT oralig'ini baholash bilan bir vaqtda amalga oshirildi. Digoksin bilan davolangan bemorlarda RR oralig'ining davomiyligi qisqa ($0,37 \pm 0,04$, $r < 0,05$). Surunkali yurak xastaligi bilan koronar yurak kasalligi bilan kasallangan bemorlarni 5,7% da, tachyarrhythmias ASISTOLI ortiq 2,5 soniya davom etgan qism va QRS sapmalarını bilan bir vaqtning o'zida qayd etildi.

Semptomatik qaytalanishni rivojlanishining xavf omillari quyidagilar edi: supraventrikulyar ekstrasistolning mavjudligi, kuniga bir yoki bir necha marta ZhB ning asemptomatik namoyonlarining takrorlanishi , maksimal yurak urish tezligi daqiqada 90 martadan.

Xulosa. 1-guruhdagi bemorlarning 93,4% holatlarida HMM terapevtik 2-3 oralig'ida qoldi. Varfarin dozasini 2-guruhdagi bemorlarning 25 foizida titrlash HMMni laboratoriya nazoratidan o'tkazishni talab qiladi. Bu holat rivaroksabanning varfaringa qaraganda samaraliroq ekanligini ko'rsatdi .

Rivoraksabanni uzoq vaqt davomida qabul qilgan bemorlar guruhida 2,5% hollarda mayda qon ketish shaklida gemorragik asoratlar kuzatilgan. Varfarinni uzoq vaqt qabul qilgan bemorlar guruhida 4% hollarda oshqozon-ichakdan qon ketish, 8% hollarda - mayda qon ketish holatlari kuzatilgan. TIA bitta bemorda kuzatilgan (4%). Ushbu holat yana bir bor yangi og'iz antikoagulyant rivaroksabanning varfarindan xavfsiz ekanligini isbotladi.

ОПТИМАЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Артикова С.Г.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) определяется как резистентная (рефрактерная), если на фоне приема трех и более антигипертензивных препаратов различных классов (один из которых диуретик) в дозах, близких к максимальным, не удается достичь целевого артериального давления (АД) < 140/90 мм рт. ст. у большинства пациентов с АГ (или < 130/80 мм.рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом и почечной недостаточностью).

По результатам исследования ALLHAT, было выявлено, что около 47% пациентов остались резистентными к антигипертензивной терапии спустя год после рандомизации, несмотря на жесткую схему титрации и комбинации препаратов, предусмотренную в данном исследовании.

Сходные результаты (43% резистентных пациентов) были получены в Syst-EurStudy. По данным YakovlevitchandBlack, субоптимальный режим приема препаратов является наиболее частой причиной резистентности (43%), следующая по частоте причина - толерантность к лекарственным препаратам (22%), далее - вторичная АГ (11%), низкая комплаентность (10%).

Цель исследования. Разработать тактический алгоритм выбора комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) на основе применения результатов кардиоинтервалографии (КИГ).

Материалы и методы исследования. У 121 больного с контролируемой АГ (1 группа) и 26 пациентов с неконтролируемой АГ (2 группа) проводили КИГ для оценки тонуса центральных и периферических отделов регуляции сердечного ритма. Они получали лечение лизинорилом 20 мг, индапамидом 1,5 мг и бисопрололом 5 мг.

Результаты исследования. У больных 2 группы при проведении КИГ в 80,8% было обнаружено снижение общей мощности спектра менее 400 мс2/Гц, повышение мощности сверхнизкочастотной компоненты VLF в спектре ритма сердца более 60%, а также снижение мощности спектра медленных (LF) и быстрых (HF) волн спектра, отражающих, соответственно, периферические симпатические и парасимпатические влияния на сердце.

У этих больных комбинированная антигипертензивная схема была откорректирована путем замены бисопролола на моксонидин. Последующее наблюдение за больными в течение 3 месяцев после изменения схемы терапии выявило благоприятное снижение систолического АД с уровня 148,3±3,2 мм рт.ст. до 132,8±2,9 мм рт.ст., диастолического АД - с 98,7±2,1 мм рт.ст. до 89,3±1,9 мм рт.ст.

У больных 1 группы в спектре вегетативных компонентов регуляции сердечного ритма преобладали симпатические периферические влияния. Наличие бисопролола в схеме терапии было патогенетически оправданным.

Выводы. Таким образом, в случае резистентной АГ клиницист должен тщательно проанализировать назначенную схему антигипертензивной терапии, убедиться в адекватности назначенных доз и патогенетической оправданности применяемых комбинаций, а также в правильности назначенного режима терапии (соотнесение длительности действия и кратности назначения препаратов).

При необходимости следует добавить к используемой схеме еще один препарат, учитывая при этом индивидуальные особенности пациента (поражение органов-мишеней, ассоциированную и сопутствующую патологию).

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Артикова С.Г.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы динамика заболеваемости, ранней инвалидизации и смертности в связи с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) остается неблагоприятной, так по причинам смерти больные ХОБЛ занимают 3- место, составляя от 5 до 20% взрослого населения, уступая лишь сердечно - сосудистой и онкологической патологии.

У больных с ХОБЛ встречаются практически все виды нарушений сердечного ритма. Сегодня существует множество гипотез, объясняющих причины возникновения аритмий у таких больных, но до сих пор единая точка зрения на данный счет отсутствует. Нередко у этой категорий пациентов регистрируются ПОА и угрожающие жизни аритмии.

В последнее время публикуется все больше данных о том, что нарушения ритма сердца часто сопутствуют обструктивными заболеваниями легких и во многих случаях могут определять прогноз жизни пациентов. Важно отметить, что при тяжелой дыхательной недостаточности частота жизнеопасных аритмий приближается к таковой при остром инфаркте миокарда.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение диагностических возможностей метода электрокардиографии высокого разрешения и вариабельности сердечного ритма в анализе электрической нестабильности миокарда у больных хронической обструктивной болезнью легких в период обострения.

Материалы и методы исследования. В обследование было включено 179 человек. Основную группу составили 144 больных ХОБЛ. Из них 90 мужчин и 54 женщины. Средний возраст больных составил 47,1±1,5 г. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых людей без заболеваний дыхательной и сердечно - сосудистой систем (23 мужчин и 12 женщин, средний возраст которых составил 42,4±2,8 лет). У больных ХОБЛ обследование проводилось в самые первые 2 дня с момента поступления в стационар.

Результаты исследования. Средние значения показателей зубца Р в группе больных ХОБЛ не имеют достоверных различий с таковыми у здоровых лиц по данным ЭКГ ВР. Наибольшие изменения характерны для больных ИБС с ПМА.

При формировании ХЛС частота регистрации lililí коррелирует со степенью тяжести нарушений функции внешнего дыхания и недостаточности кровообращения, а частота наджелудочковой и желудочковой аритмии ассоциируется с их степенью выраженности.

Для больных ХОБЛ без ИБС характерна наджелудочковая аритмия, при присоединении ИБС - и желудочковая аритмия. Наибольшая частота ЖА ассоциируется с формированием ХЛС и присоединением ИБС. При стихании обострения ХОБЛ их частота снижается.

У больных ХОБЛ динамика параметров ЭКГ ВР и дисперсии зубца Р зависит от выраженности ДН и НК. При присоединении ИБС временные показатели зубца Р и комплекса QRS имеют наибольшие отклонения, что отражает увеличение электрической нестабильности миокарда.

Показатели вариабельности сердечного ритма улучшаются при стихании обострения ХОБЛ, что свидетельствует о снижении степени напряжения адаптационных реакций и улучшении вегетативной регуляции.

Увеличение продолжительности Р£Р и ГС^Б к 5-7 суткам заболевания и низкие значения спектральной мощности неблагоприятны для отдаленного прогноза заболевания (аритмические осложнения, ВСС и повторные госпитализации).

Вывод. У больных с ХОБЛ имеются изменения СВК желудочкового комплекса, которые отражают электрическую неоднородность миокарда желудочков. Это, вероятно, является одним из возможных механизмов аритмогенеза и, может быть, использовано в качестве маркера электрической нестабильности сердца.

ВАЖНОСТЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артикова С.Г.
кафедрыпропедивтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт,

В статье представлены сведения о распространенности артериальной гипертонии в популяциях мужчин и женщин разного возраста, о повышении предрасположенности к ней в зависимости от возраста. Также, подробно описаны сведения о преобладании роли 11 факторов риска в популяции мужчин и 9 факторов риска в популяции женщин в возникновении АГ.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) - одна из самых актуальных медицинских и социальных проблем на сегодняшний день. На это есть несколько причин:

1) широко распространена среди населения;

2) этому заболеванию соответствует большинство случаев инвалидности атеросклеротического континуума;

3) недостаточный контроль артериального давления на популяционном уровне [1,2].

Поэтому создание научной основы для совершенствования системы раннего выявления и лечения АГ стало необходимостью в Узбекистане.

Цель исследования. Целью исследования было изучение распространенности АГ в мужском и женском населении Андижана с использованием новых эпидемиологических критериев.

Наши проверки были организованы и проведены в соответствии с требованиями эпидемиологических исследований Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В частности, в исследовании использовались единые эпидемиологические методы, а результаты анализировались и оценивались по критериям JCCT.

Материалы и методы исследования. Для нашего эпидемиологического обследования мы случайным образом выбрали двух человек в возрасте от 15 до 70 лет (2184 в 10% выборке и 1909 в

абсолютной выборке) и в мужской группе (1579 в 10% выборке и 1313 в абсолютной выборке). с использованием случайных чисел. В нашем исследовании использовались анкетный, инструментальный, биохимический и эпидемиологический методы, основанные на рекомендациях ВОЗ. Эпидемиологическая классификация АГ основана на рекомендациях ВОЗ (1999) и IV Конгресса кардиологов Узбекистана.

Результаты исследования. Сравнительные эпидемиологические характеристики средних уровней артериального давления и распространенности в квинтилях изучались в группах населения, участвовавших в исследовании.

Результаты показали, что каждый третий мужчина нуждается в активных первичных, вторичных и третичных профилактических мероприятиях против этого заболевания. Кроме того, легкая форма АГ наиболее распространена (72,6%) среди мужского населения. Это было в 2,6 раза ниже (27,9%), чем АГ средней степени тяжести (R <0,01). Выявлена АГ, которая была в 3 раза менее тяжелой, чем легкая АГ.

Следует отметить, что эти результаты подтверждают результаты крупных эпидемиологических обследований, проведенных в последние годы, и указывают на неотложную необходимость внедрения следующего важного эпидемиологического законодательства: особое внимание следует уделять этой группе, предполагаемые наблюдения за которой должны оставаться повседневной деятельностью, что позволяет выявить на ранней стадии наиболее опасные осложнения АГ (инсульт, инфаркт миокарда, инвалидность и т. д.) до 70%.

Только 33,1% мужчин в возрасте 15-70 лет знают, что у них высокое кровяное давление, а 66,9% вообще не подозревают об этом. Оказывается, испытуемые почти не подозревали, сколько у них было при почти 100% артериальном давлении.

Исследователи также приводят дифференцированные результаты в этом отношении (3) и отмечают, что в основном они получены в странах ближнего и дальнего зарубежья [4,5]. В Узбекистане, особенно в Ферганской долине, в последние десятилетия наблюдается резкое сокращение таких эпидемиологических данных [2].

В целом, принимая во внимание популяционные характеристики АГ, выявленные в нашем исследовании, и, как следствие, практику организаций здравоохранения, ЭТИИЦ эффективно улучшают существующие лечебно-профилактические программы АГ, приводя к сокращению доли гипертоническая преемственность в популяции.

Вывод. 1. Среди мужского населения Андижана в возрасте 15-70 лет и старше самый высокий уровень (72,6%) - легкая АГ, в 2,6 раза меньше (27,9%), чем средняя АГ и в 3 раза меньше (24,5%).) Тяжелая АГ. был обнаружен. Каждый третий мужчина нуждается в активной первичной, вторичной и третичной профилактической практике против АГ.

2. В женском населении Андижана в возрасте 15-70 лет и старше, в отличие от мужчин, легкая АГ составляет 74,3%, АГ 2 степени - 30,1% и АГ 3 степени - 26,4%.

ОПТИМАЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артикова С.Г.
Кафедра пропедевтика внутренных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) определяется как резистентная (рефрактерная), если на фоне приема трех и более антигипертензивных препаратов различных классов (один из которых диуретик) в дозах, близких к максимальным, не удается достичь целевого артериального давления (АД) < 140/90 мм рт. ст. у большинства пациентов с АГ (или < 130/80 мм. рт. ст. у пациентов с сахарным диабетом и почечной недостаточностью).

По результатам исследования ALLHAT, было выявлено, что около 47% пациентов остались резистентными к антигипертензивной терапии спустя год после рандомизации, несмотря на жесткую схему титрации и комбинации препаратов, предусмотренную в данном исследовании.

Сходные результаты (43% резистентных пациентов) были получены в Syst-Eur Study. По данным Yakovlevitch and Black, субоптимальный режим приема препаратов является наиболее частой причиной резистентности (43%), следующая по частоте причина — толерантность к лекарственным препаратам (22%), далее — вторичная АГ (11%), низкая комплаентность (10%).

Цель исследования. Разработать тактический алгоритм выбора комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ) на основе применения результатов кардиоинтервалографии (КИГ).

Материалы и методы исследования. У 121 больного с контролируемой АГ (1 группа) и 26 пациентов с неконтролируемой АГ (2 группа), получавших лечение лизинорилом 20 мг, индапамидом 1,5 мг и бисопрололом 5 мг проводили КИГ для оценки тонуса центральных и периферических отделов регуляции сердечного ритма.

Результаты исследования. У больных 2 группы при проведении КИГ в 80,8% было обнаружено снижение общей мощности спектра менее 400 мс2/Гц, повышение мощности сверхнизкочастотной компоненты VLF в спектре ритма сердца более 60%, а также снижение мощности спектра медленных (LF) и быстрых (HF) волн спектра, отражающих, соответственно, периферические симпатические и парасимпатические влияния на сердце.

У этих больных комбинированная антигипертензивная схема была откорректирована путем замены бисопролола на моксонидин. Последующее наблюдение за больными в течение 3 месяцев после изменения схемы терапии выявило благоприятное снижение систолического АД с уровня 148,3±3,2 мм рт.ст. до 132,8±2,9 мм рт.ст., диастолического АД — с 98,7±2,1 мм рт.ст. до 89,3±1,9 мм рт.ст. У больных 1 группы в спектре вегетативных компонентов ре-гуляции сердечного ритма преобладали симпатические периферические влияния и наличие бисопролола в схеме терапии было патогенетически оправданным.

Вывод. Таким образом, в случае резистентной АГ клиницист должен тщательно проанализировать назначенную схему антигипертензивной терапии: убедиться в адекватности назначенных доз и патогенетической оправданности применяемых комбинаций, а также в правильности назначенного режима терапии (соотнесение длительности действия и кратности назначения препаратов).

При необходимости следует добавить к используемой схеме еще один препарат, учитывая при этом индивидуальные особенности пациента (поражение органов-мишеней, ассоциированную и сопутствующую патологию).

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Артикова С.Г.
Кафедра пропедевтика внутренных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы динамика заболеваемости, ранней инвалидизации и смертности в связи с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) остается неблагоприятной, так по причинам смерти больные ХОБЛ занимают 3 место составляя от 5 до 20% взрослого населения, уступая лишь сердечно-сосудистой и онкологической патологии.

У больных с ХОБЛ встречаются практически все виды нарушений сердечного ритма. Сегодня существует множество гипотез, объясняющих причины возникновения аритмий у таких больных, но до сих пор единая точка зрения на данный счет отсутствует. Нередко у этой категорий пациентов регистрируются ПОА и угрожающие жизни аритмии.

В последнее время публикуется все больше данных о том, что нарушения ритма сердца часто сопуствуют обструктивными заболеваниям легких и во многих случаях, могут определять прогноз жизни пациентов. Важно отметить, что при тяжелой дыхательной недостаточности частота жизнеопасных аритмий приближается к таковой при остром инфаркте миокарда

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение диагностических возможностей метода электрокардиографии высокого разрешения и вариабельности сердечного ритма в анализе электрической нестабильности миокарда у больных хронической обструктивной болезнью легких в период обострения.

Материал и методы исследования. В обследование было включено 179 человек. Основную группу составили 144 больных ХОБЛ. Из них 90 мужчин и 54 женщины. Средний возраст больных составил 47,1±1,5 г. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых человек без заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем (23 мужчины и 12 женщин, средний возраст которых составил 42,4±2,8 лет). У больных ХОБЛ обследование проводилось в первые 2 дняс момента поступления в стационар.

Результаты исследования. Средние значения показателей зубца Р в группе больных ХОБЛ не имеют достоверных различий с таковыми у здоровых лиц по данным ЭКГ ВР. Наибольшие изменения характерны для больных ИБС с ПМА.

При формировании ХЛС частота регистрации lililí коррелирует со степенью тяжести нарушений функции внешнего дыхания и недостаточности кровообращения, а. частота наджелудочковой и желудочковой аритмии ассоциируется с их степенью выраженности .

Для больных ХОБЛ без ИБС характерна наджелудочковая аритмия, при присоединении ИБС - и желудочковая аритмия. Наибольшая частота ЖА ассоциируется с формированием ХЛС и присоединением ИБС. При стихании обострения ХОБЛ их частота снижается.

У больных ХОБЛ динамика параметров ЭКГ ВР и дисперсии зубца Р зависит от выраженности ДН и НК. При присоединении ИБС временные показатели зубца Р и комплекса QRS имеют наибольшие отклонения, что отражает увеличение электрической нестабильности миокарда.

Показатели вариабельности сердечного ритма улучшаются при стихании обострения ХОБЛ, что свидетельствует о снижении степени напряжения адаптационных реакций и улучшении вегетативной регуляции.

Увеличение продолжительности Р£Р и ГС^Б к 5-7 суткам заболевания и низкие значения спектральной мощноси неблагоприятны для отдаленного прогноза заболевания (аритмические осложнения, ВСС и повторные госпитализации).

Вывод. У больных с ХОБЛ имеются изменения СВК желудочкового комплекса, которые отражают электрическую неоднородность миокарда желудочков. Это, вероятно, является одним из возможных механизмов аритмогенеза и может быть использовано в качестве маркера электрической нестабильности сердца.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ахмадалиева У.К., З.С.Салахиддинов, Валиева М.Ю, Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

Огромная распространенность артериальной гипертонии определяет клиническую, социальную и экономическую значимость этого состояния для населения большинства стран мира. Артериальной гипертонией в мире страдает около 1 миллиарда человек и более 7,2 миллиона смертельных исходов в год связаны с повышенным артериальным давлением. Учитывая главную роль артериальной гипертонии в развитии инфаркта миокарда и инсульта, контролировать уровень артериального давления становится основной задачей систем здравоохранения подавляющего большинства стран мира.

Лечение любой гипертензии в настоящее время вполне возможно, существующий набор лекарственных препаратов дает возможность их выбора. Чаще всего комбинация двух антигипертензивных препаратов оказывает желаемый и устойчивый эффект. Одним из таких препаратов является Лариста Н. Он блокирует ангиотензинпревращающий фермент и уменьшает образование ангиотензина II, что приводит к расширению периферических сосудов, гидрохлортиазид подавляет реабсорбцию натрия и хлора в канальцах нефрона, что приводит к выведению натрия и воды из организма и снижению артериального давления.

Нами 28 больным из 50 с артериальной гипертензией на фоне хронических форм ишемической болезни сердца давался препарат Лариста Н, остальным больным давали лариста в виде монотерапии.

У больных первой группы клиническое улучшение в виде снижения артериального давления, исчезновения неприятного ощущения в области сердца, одышки наступало уже в первые 3 дня, тогда как во второй группе такие симптомы, как неприятное ощущение в области сердца, одышка и незначительное повышенное давление сохранялось до 8-10 дней.

Таким образом, результаты исследования показали преимущество терапии препаратом Лариста Н по сравнении с монотерапии лариста не только в выраженном антигипертензивном действии, но и в благоприятном влиянии на выживаемость больных с сердечной недостаточностью что обусловлено его вазодилитирующим и диуретическим эффектами.

ЭРКАКЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ТАРКАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю, Максумова Д.К.
Андижон Давлат тиббиёт институти, Андижон шахри

Охирги йилларда артериал гипертония (АГ) билан касалланишнинг усиб бораётганлиги ва турли огир асоратларга олиб келиши ва бунинг окибатида улим даражасининг ортиши ушбу муаммонинг долзарблигини курсатмокда. Бу муаммони хал килишда артериал гипертония турларининг таркалиш даражаси ва хусусиятларини урганиш мухим ахамият касб этмокда.

АГ ни 15-70 ва ундан утган ёшдаги Андижон шахри эркаклари популяциясида таркалиши даражалари урганиб чикилди. Ундаги натижалардан куринадики, 15-70 ёшли ва ундан ошган эркаклар популяциясида (жами – 1313 та репрензтатив ахоли гурухи текширувдан утказилган). АГ нинг 4 та тури тафовут билан куйидаги даражаларда кайд килинади. Систолик артериал гипертония – 38,1% ва унга киёслаганда 1,1 баробарга куп булиб (41,3%) ёки 3,2 % тафовут билан диастолик артериал гипертония ($p<0,05$), 33,9 % га етиб, артериал гипертония ва энг кам (3,1 %), яъни систолик артериал гипертонияга таккосланганда 12,3 мартага ($p<0,001$), диастолик артериал гипертонияга нисбатан 13,3 баробарга ($p<0,001$) ва артериал гипертонияга солиштирганда 10,9 марта ($p<0,001$) паст курсаткичлар билан «бошсизланган» АГ учрайди.

Натижаларга кура, эркаклар популяциясида энг куп 72,6 % га етиб, юмшок АГ учрайди, унга нисбатан 2,6 баробарга кам булиб, (27,9%) ёки 44,7 % тафовут билан уртача огир даражали АГ кайд этилади

(p<0,001). Энг кам курсаткич (24,5%) билан, яъни юмшок АГ га киёслаганда 3 баробар кам (p<0,001) ва уртача даражали АГ га таккосланганда эса деярли 3 % га тафовутланиб (p<0,05) кам даражаларда огир АГ кузатилади.

Юкоридаги натажалардан куриниб турибдики, эркаклар популяциясида айнан юмшок АГ га асосий эътибор каратилиши ва унга нисбатан популяция стратегияси дастурларини такомиллаштириш, диспансер назоратида шу гурухга алохида эътибор бериш, унга оид проспектив тусли кузатувлар олиб бориш, кундалик фаолият булиб колиши керак. Шу билан гипертониянинг энг хавфли асоратлари (бош мия инсулти, миокард инфаркти, ногиронлик ва хоказолар) ни олдини олиш мумкин булади.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.,Валиева М.Ю.
Андижанский Государственный медицинский институт

Хронические вирусные гепатиты являются серьезной клинико-эпидемиологической проблемой в нашей республике. На долю вирусных гепатитов в общей структуре хронических поражений печени приходится около 70%. Клинически у больных могут как отсутствовать какие-либо симптомы, так и определяться признаки тяжелого заболевания печени. По статистическим данным частота хронизации вирусного гепатита В составляет 5-10 %, а вирусного гепатита С около 80%.

За последние годы в Андижанской области отмечается высокая заболеваемость вирусными гепатитами, растет число различных осложнений и остаточных явлений у реконвалесцентов. Поэтому своевременная диагностика этих заболеваний у перенесших вирусный гепатит в период диспансеризации является актуальной задачей.

Под нашим наблюдением находились 68 человек (взрослые от 17 до 60 лет). К остаточным явлениям после перенесенного вирусного гепатита отнесены: астено-вегетативный синдром, диспептический синдром, гепатомегалия, гипербилирубинемия, гиперферментемия. К осложнениям относятся развитие хронического активного гепатита (ХАГ) и формирование цирроза печени. При исследовании астено-вегетативный синдром отмечалось у 57% переболевщих вирусным гепатитом, диспептические явления у 9%, гепатомегалия у 38%, гипербилирубинемия у 21%, цирроз печени у 20% и является самым серьёзным исходом гепатита В. Осложнения у перенесших вирусный гепатит должны привлекать внимание не только врачей инфекционистов, а также участковых терапевтов.

Целью диспансерного наблюдения является купирование активности гепатита и обеспечение развития стабильной ремиссии. Активное наблюдение 2 раза в год: проводится оценка жалоб и объективного статуса, одновременно исследуется уровень трансаминаз, общий развернутый анализ крови, иммуноферментный анализ на гепатит дельта, вирусная нагрузка вируса гепатита В методом полимеразно цепной реакции.

Цирроз печени и ХАГ как осложнение перенесенного вирусного гепатита чаще встречается у лиц, которые не соблюдают существующий режим питания, труда и отдыха.

Чтобы избежать таких осложнений вирусного гепатита и добиться оздоровления населения, особенно молодого поколения, необходимо проведение вакцинации против гепатита В среди здорового населения, а у больных выявлять эти заболевания по мере возможности на ранних стадиях и усилить контроль за диспансерными больными, обучать их соблюдению режима труда, отдыха и питания.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

У.К.Ахмадалиева С.Э.Джумабаева, Д.К.Максумова, М.Ю.Валиева
Андижон Давлат тиббиёт институти

Артериал гипертония хозирги давримизнинг энг долзарб муаммоларидан бири хисобланади. Артериал гипертонияни даволашда медикаментоз усуллар билан бир каторда номедикаментоз даволаш усулларини олиб боришни ахамияти хакида куп муаллифлар ижобий фикрлар билдирганлар. Бу касалликни келиб чикиши ва ривожланишида уни келтириб чикарувчи хатарли омилларнинг урни ва роли катта булиб, у ёки бу омилни камайтириш ёки бартараф килиш даволаш самарадорлиги маълум даражада оширади.

Тадкикотнинг максади: Андижон шахар уюшмаган ахолиси уртасида артериал гипертензия хавф омилларининг таркалишини урганиш.

Материал ва усуллар: Андижон шахри уюшмаган ахолиси уртасида ретроспектив текширув олиб борилди. Унда 15 ёшдан 70 ёшгача ва ундан катта ёшдаги 3222 та киши текширувдан утказилди. Уларнинг 1313 тасини эркаклар, 1909 тасини аёллар ташкил этди.

Тадкикот натижаларидан маълум булдики, артериал гипертониянинг хавф омиллари эркаклар ва аёллар орасида турли нисбатларда учрайди. Шулардан бири гиподинамия – эркакларда 11,7% , аёлларда

12,2% кузатилди. Ортикча тана вазни (ТВИ>25) эркакларда 9%, аёлларда 16% аникланди. Гиперхолестеринемиянинг эркаклар популяциясида таркалиши 8,5% , аёлларда 9,9% ни ташкил килди. Текширилган эркаклар популяциясида дислипопротеидемия 19,6%, аёллар популяциясида 21,7% ни ташкил килди. Хатар омилларидан бири булган коагулологик омил эркаклар орасида 11,9% , аёллар орасида 13,3% аникланди, гипертриглицеридемия эркакларда 10,1% ва аёлларда 11,8% ни ташкил килди.

Эркакларнинг 13,5% ва аёлларнинг 14,9% и ош тузини ортикча истеъмол килиши аникланди.

Артериал гипертонияга ирсий мойиллик эркаклар популяциясида 11,6% ва аёллар популяциясида 12,7% учрайди. Рухий зурикиш омили эркакларнинг 21,1% и ва аёлларнинг 16,6% ида кузатилди.

Эркаклар популяциясида чекиш 55,5% ни ташкил килса, спиртли ичимликлар ичиш 5,7% ни ташкил этади.

Хулоса килиб шуни айтиш мумкинки, Андижон шахрининг уюшмаган ахолиси орасида артериал гипертониянинг энг куп таркалган хавф омили эркаклар орасида чекиш булиб, у 55,5% ни, аёллар орасида эса дислипопротеидемия булиб, у 27,7% ни ташкил килди.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКИМИ ПУРПУРАМИ

Ахмаджонов Р.С., Юлдашева Н.Э.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тромбоцитопеническая пурпура - это разновидность геморрагического диатеза, характеризующаяся дефицитом красных кровяных пластинок - тромбоцитов, чаще вызванным иммунными механизмами.

Признаками тромбоцитопенической пурпуры служат самопроизвольные, множественные, полиморфные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки, а также носовые, десневые, маточные и другие кровотечения.

При подозрении на тромбоцитопеническую пурпуру оценивают анамнестические и клинические данные, показатели общего анализа крови, коагулограммы, ИФА, микроскопии мазков крови, пункции костного мозга.

В лечебных целях больным назначаются кортикостероидные, гемостатические препараты, цитостатическая терапия, проводится спленэктомия.

В 45% случаев имеет место идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, развивающаяся самопроизвольно, без видимых причин. В 40% случаев тромбоцитопении предшествуют различные инфекционные заболевания (вирусные или бактериальные), перенесенные примерно за 2-3 недели до этого.

Цель исследования. Оценить диагностическое и прогностическое значение нарушений периферическою звена эрнтрона а патогенезе геморрагического синдрома у больных тромбоцитопеническими пурпурами.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 70 пациентов. Из них 50 – ЖДА с тромбоцитопеническими пурпурами.

Результаты исследования. Анализ интегральных показателей на математических моделях выявил интенсивное отклонение и неполное восстановление эритроцитарной системы у большинства больных, страдающих геморрагическими гемостазиопатиями.

Гемостазиопатии в сочетании с анемией протекают тяжелее, увеличиваются выраженность и продолжительность геморрагического синдрома.

У больных геморрагическими гемостазиопатиями при отсутствии анемии отмечается тенденция к снижению цветового показателя и гематокритз, что свидетельствует об истощении компенсаторньЕХ возможностей эритроцитарной системы.

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, цветовогой 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.

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 телеанпоктазин встречается анемический синдром преимущественно тяжелой степени, Железодифицнтное состояние выявляется у 25% пациентов, из них у 34% - латентный дефицит железа-Основными формами анемии при геморрашческнх гемостазнопатнях

являются железодефнцитная анемия (46,5%) и анемия хронических заболеваний (46,5%), У 2,8% больных диагностируется апластическая анемия, у 2,8% - сочетание дефицита железа и витамина Вц, у 1,4% - Вц-дефнцитная анемия.

Тяжесть клинических симптомов у больных геморрагическими гемостазиопатиями с анемическим синдромом обусловлена угнетением сосудисто-тромбоцнтарного гемостаза, большей активностью фибринолиза и гипокоагуляциоинымн сдвигами плазменного звена в виде удлинения активированного времени рскальцифнкаиии и активированного парциального тромбопластннового времени- Выявленные нарушения прогрессируют по мере иарасгания степени тяжести анемии.

Вывод. 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.

ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND HABITABLE MOST PREGNANCY IN THE EARLY TERMS

Akhmadzhonova G. M.
Andijan State Medical Institute

Spontaneous abortion is an urgent problem of modern obstetrics and gynecology and entails not only demographic losses, but also disrupts the reproductive, social and psychological well-being of women. The miscarriage rate is between 10 and 35% of desired pregnancies. Scientific interest in the problem of miscarriage is increasing due to the emergence of new diagnostic capabilities that allow clarifying the etiological factors and a new approach to elucidating the pathogenetic mechanisms of miscarriage, the unknown genesis of which in its structure is 25-57%.

Purpose of the study: to study the frequency of antiphospholipid syndrome at short gestational periods in women with recurrent miscarriage.

Material and methods. Were examined 1200 women who applied to the maternity complex for recurrent miscarriage for the presence of antiphospholipid syndrome.

Anamnestically, it was established that these women were repeatedly treated in a hospital, where, on the basis of the studies carried out, it was not possible to find out the cause of miscarriage and other complications of pregnancy. It should be noted that most of these women during pregnancy received treatment aimed at preserving pregnancy - treatment of placental insufficiency, anti-inflammatory treatment, but, despite this, the next pregnancy ended in failure.

The selection of pregnant women and the examination were carried out on the basis of the Central Scientific Research Laboratory in conjunction with the Department of Obstetrics and Gynecology of the ASMI and the maternity complex No. 2 in Andijan. The studies were carried out during their inpatient treatment for various complications of pregnancy.

Later, laboratory data of 169 women with hemostasis disorders were studied. The age of the surveyed ranged from 18 to 35 years.

Research results. The main links of hemostasis were examined - activated partial thromboplastin time (APTT), prothrombin time (PT), prothrombin index (PI), plasma recalcification (AVR), thrombotest, determination of the number of platelets in peripheral blood on the basis of the Central Scientific Research Laboratory and the biochemical laboratory of the clinic of Andijan State Medical Institute.

The study of the hemostatic system shows a general tendency towards hypercoagulation of the procoagulant link. When assessing the procoagulant activity of plasma, there is a tendency to an increase in APTT in 15 (38.94%) patients of the main group in the first trimester, in 6 (2.22%) pregnant women in the second trimester and in 8 (3.15%) pregnant women in the third trimester. The parameters of the AVR index were also higher in the main group of patients compared to the control group ($P < 0.001$).

A significant tendency to increase this indicator is not revealed, although a decrease in it was revealed, starting from the moment of the survey. Our studies show that the data between the thrombotest values were insignificant, while there is a significant increase in the Rutberg fibrinogen values.

Thus, according to our data, in patients with impaired hemostasis, an increase in procoagulation potential was noted, which develops earlier than hypercoagulation associated with the adaptive mechanism of hemostasis.

РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

М.Э. Ахмедов
Навоийский областной многопрофильный медицинский центр

Актуальность: В Узбекистане, в связи с реформами в здравоохранении, приоритетное развитие получило первичное звено здравоохранения, которое обусловлено тем, что на данную службу возлагается функции обеспечения гарантированного минимума медицинской, социальной и психологической помощи, доступности медицинских и социальных услуг, комплексносного обслуживания, координации с другими службами здравоохранения, контроля за качеством ведения пациентов в различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), информированности пациентов об их состоянии, методах лечения, ожидаемых результатах и т.д. Следовательно, от состояния данной службы зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения. Несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) будут оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира в XXI веке. На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания ответственны примерно за 50% смертей в странах Европы. Существуют региональные различия в сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности между странами всего мира. Неблагоприятная ситуация по данным заболеваниям складывается и в Узбекистане - сердечно-сосудистая смертность в стране продолжает оставаться одной из самых высоких среди других заболеваний.

Цель исследования: Провести анализ основных факторов риска, способствующих развитию ССЗ, а также определить роль первичного звена здравоохранения в профилактике данных заболеваний.

Материал и методы исследования: Для определения наиболее значимых факторов риска заболеваний ССС мы провели опрос респондентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ИБС. Возраст респондентов варьировал от 30 до 80 лет.

Результаты исследования: 60% больных ССЗ связывают свою болезнь с постоянными стрессами, большими нагрузками на работе, 20% - причиной ухудшения своего здоровья считают нехороший психологический климат в семье, потерю близких (супругу(а)). Около 45% указали на наследственную отягощенность. Около треть опрошенных мужчин имеют определенный стаж курения, более половины из них бросили курить после установления диагноза. Однако третья часть больных курят и в настоящее время. Как мужчины (78%) так и женщины (65%) указали на нездоровое питание - употребление жирной, жаренной, соленой пищи. 80% больных долгие годы страдают гипертонической болезнью, принимают гипотензивные препараты, иногда получают лечение в амбулаторных условиях или в стационаре. Анализ полученных ответов позволил нам сделать вывод, что не все больные находились под наблюдением врача. Часть больных, которые были на учете в поликлинике по поводу своего заболевания, обращались к врачу только при обострении заболевания, не всегда выполняли рекомендации врача, при улучшении состояния здоровья самостоятельно прекращали прием медикаментов, назначенных врачом. Это говорит о низкой медицинской активности пациентов, отсутствия ответственности за свое здоровье, низкой информированности в целом о заболевании и его последствиях, что в конечном счете, приводит к таким осложнениям как стенокардия, инфаркт миокарда. Интересен тот факт, что мужчины по сравнению с женщинами почти в 2 раза чаще не выполняют назначений врачей, хотя именно среди них больше факторов риска, способствующих развитию ИБС. Необходимо отметить, что больные осознают ошибки в своем поведении и готовы в дальнейшем следовать всем предназначениям врача. Следовательно, не теряют своей актуальности вопросы повышения медицинской грамотности населения по различным аспектам профилактики заболеваний и их последствий.

В этих условиях возрастает роль медицинских работников в реализации профилактических программ и обучении пациентов здоровому образу жизни. В ряде исследований продемонстрирована эффективность информационных технологий и патронажа в различных группах пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, направленные на изменение образа жизни, коррекцию факторов риска.

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями доказано, что можно предупредить преждевременную заболеваемость и смертность от многих хронических неинфекционных заболеваний с помощью эффективных регулярных профилактических программ. В странах, где активно внедряется просветительская работа по первичной профилактике и реализуются образовательные технологии в ходе реабилитационных программ для пациентов в группах риска (Канада, Великобритания, США, Финляндия), отчетливо видна положительная динамика сердечно-сосудистой заболеваемости, снижение частоты инфарктов миокарда и смертности. Основными компонентами реабилитационных программ являются физические тренировки, профилактическое обучение (обучение здоровому образу жизни) и психологическая поддержка.

В настоящее время государством особое внимание уделяется вопросам оказания первичной медико-санитарной помощи, принимаются директивные документы по оптимизации лечебно-профилактических мероприятий среди населения, выявления факторов риска часто встречающихся неинфекционных заболеваний. Профилактика заболеваний в первичном звене здравоохранения должна включать в себя

вопросы правильной организации профилактической деятельности, выбора приемлемых подходов, привлечения соответствующих специалистов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., ДелкашеваШ.Д., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ключевым звеном патогенеза ЭТ является неконтролируемая активация клеточного сигнального пути JAK-STAT, в основе которой лежат соматические точечные мутации генов, кодирующих тирозинкиназу (JAK2) и белок кальретикулин (CALR), а также гена рецептора тромбопоэтина (MPL). В последние годы установлена молекулярная картина ЭТ, что предопределило необходимость дальнейшего изучения влияния указанных мутаций на течение, риск развития осложнений и прогноз заболевания.

Цель исследования. Оценить распространенность драйверных соматических мутаций у пациентов с ЭТ и определить их взаимосвязь со временем дебюта заболевания и некоторыми клинико-лабораторными показателями.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 193 пациентов с ЭТ, наблюдавшихся в клинике АГМИ с 2015 по 2019 гг. Возраст обследованных в дебюте заболевания колебался от 18 до 90 лет (медиана 57 лет), из них 65 (33,7 %) мужчин и 128 (66,3 %) женщин, сопоставимых по возрасту.

Результаты исследования. Мутация V617F гена JAK2 обнаружена у 130 (67,4 %) человек, мутации гена CALR -у 35 (18,1 %) пациентов, в 1 (0,5 %) случае выявлена мутация W515L гена MPL (MPL+). У 26 (13,5 %) пациентов не обнаружено ни одной драйверной мутации. Они отнесены к группе с так называемым тройным негативным статусом (TN+). Мутационный статус гена CALR складывался из like мутаций p. L367fs*46 (делеция в 52 п.о.-тип 1) и p. K385fs*47 (инсерция в 5 п.о.- тип 2). Мутации типов 1/like и 2/like обнаружены у 18 (51,4 %) и 17 (48,6 %) пациентов соответственно.

Частота выявления драйверных мутаций у больных ЭТ согласуется с результатами общемировых и российских исследований. Подтверждена ассоциация мутации V617F гена JAK2 с дебютом заболевания в пожилом возрасте и более высоким уровнем гемоглобина, чем у носителей других драйверных мутаций.

Вывод. Пациенты с мутациями в гене CALR типа 2/like в сравнении со всеми исследуемыми группами имели наибольшее количество тромбоцитов. Установлено статистически значимое отличие больных по возрасту дебюта заболевания и содержания тромбоцитов в зависимости от типа выявленной мутации гена CALR.

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ахмедова Х.Ю., ДелкашеваШ.Д., Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкое распространение вирусов герпеса в популяции людей, разнообразие путей передачи (контактный, воздушно-капельный, половой, трансмиссивный), способность к пожизненной персистенции с возможностью реактивации в организме хозяина, делают представителей этой группы (ВПГ 1, 2; ВЭБ; ЦМВ; ВГЧ 6,7, 8) наиболее опасными для лиц с ослабленной иммунной системой.

Основные достижения в этой области медицины, как у зарубежных, так и у отечественных исследователей связаны с разработкой и внедрением протоколов, включающих применение высокодозной химиотерапии, новых подходов к проведению аллогенной трансплантации костного мозга. Это позволяет повысить как частоту достижения полных гематологических ремиссий, так и общую безрецидивную выживаемость у пациентов с данной патологией.

Цель исследования. Определить частоту лабораторного выявления герпесвирусных инфекций у больных гематологического стационара.

Материалы и методы исследования. Провели анализ результатов вирусологического исследования 1500 образцов БАЛ и 315 образцов крови от онкогематологических пациентов с пневмонией. Диагноз пневмонии устанавливали на основании выявления у больного клинической картины инфекции (лихорадка, дыхательная недостаточность) и появления инфильтративных изменений при радиологическом исследовании и/или по результатам компьютерной томографии высокого разрешения.

Результаты исследования. Установлено, что у гематологических больных при развитии инфекционных осложнений достоверно чаще определяются лабораторные признаки активации ВЭБ (64,31%), реже ЦМВ (21,33%) и ВПГ 1-2 (5,39%) (p = 0,0001).

При развитии пневмонии у гематологических больных, в БАЛ достоверно чаще удалось определить ДНК ВЭБ (43,6%), реже ВПГ 1-2 (29,6%) и ЦМВ (21%). При этом показано, что исследование БАЛ более информативно, чем исследование крови (p = 0,005).

Показано, что метод ИФА и ПЦР в диагностике герпесвирусов взаимно дополняют друг друга. Одновременно признаки активации герпесвирусов двумя методами выявлялись у 1-7% из 64% больных с маркерами активных герпесвирусных инфекций.

В отличие от доноров крови, у больных в дебюте острого лейкоза достоверно чаще выявляли ДНК ВЭБ (79,2% против 51,9%, p = 0,001) и ДНК ВПГ 1-2 (8,3% против 0,8%, p = 0,023). Однако перед вторым курсом химиотерапии частота выявления маркеров ^ активных герпесвирусов становится статистически неотличима от таковой у доноров крови (ВЭБ - 40%, p = 0,3; ВПГ 1-2 - 2%, p = 0,9).

Выявление маркеров активных герпесвирусных инфекций у больных острыми лейкозами ассоциировано с проявлениями инфекционных осложнений в дебюте заболевания в 77,8% случаев, а ходе лечения в 100% (p = 0,001).

Выводы. При высокой частоте инфицирования герпесвирусами обследованных гематологических больных, отсутствии практики обследования доноров на ЦМВ и проведении массивной гемокомпонентной терапии в период стационарного лечения, 4,4% взрослых пациентов остаются серонегативными по отношению к ЦМВ.

В большей степени ЦМВ-серонегативность проявилась у детей с соматическими заболеваниями. Ее частота составила 54,5% в группе детей в возрасте от ≤ 1 года до 10 лет и 28,6% – в возрасте от 11 до 18 лет, что необходимо учитывать в клинической практике при проведении гемотрансфузий в педиатрии, в том числе при современной тактике внутриутробных обменных переливаний при имеющемся резус - конфликте.

В целом результаты тестирования на герпесвирусную инфекцию как взрослых гематологических больных, так и, в большей степени, детей младшего возраста свидетельствуют о необходимости введения практики дополнительного обследования указанных категорий реципиентов и доноров гемокомпонентов на ЦМВ и ВЭБ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Ахмедова Х.Ю., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время значительно возрос интерес к регуляторам иммунного ответа - цитокинам. С современных позиций принято считать, что цитокины обладают достаточно широким спектром действий: они определяют выживаемость клеток, их пролиферацию и дифференцировку, осуществляют ингибирование роста клеток и их апоптоз.

Следовательно, использование современных иммунологических методов исследования позволяет получить дополнительные сведения о роли медиаторов межклеточных взаимодействий в реакциях противовирусного иммунитета у больных НХЛ и определить новые иммунологические критерии, предрасполагающие развитию у них инфекционных вирусных осложнений. Исходя из этого, проведение многоплановых иммунологических исследований у больных НХЛ, с учетом проводимой современной химиотерапии, следует признать актуальным.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оценка состояния противовирусного иммунитета и установление факторов, обусловливающих реактивацию вирусных инфекций у больных НХЛ.

Материалы и методы исследования. За период с 2019 по 2021 годы в гематологической клинике АГМИ было проведено обследование 106 человек с различными вариантами НХЛ, из них наблюдалось 85 (80%) пациентов с индолентными лимфомами и 21 (20%) больной - с различными вариантами агрессивных НХЛ. Группу пациентов с индолентными НХЛ составили больные лимфомой из малых лимфоцитов.

Результаты исследования. В большей степени изменения иммунитета у больных НХЛ коснулись клеточного звена со снижением числа CD31-, CD4CD8*-лимфоцитов во всех исследуемых группах, а также сдвигом в сторону снижения значения иммунорегуляторного индекса у пациентов с лимфомой из малых лимфоцитов. При этом, показатели CD3+-, CD8+, CD16+, C095+-клеток у больных агрессивными лимфомами имели достоверно более значимые отклонения, по сравнении с пациентами индолентными НХЛ.

Возможно, это обусловлено значимо низкими концентрациями ФНО-а и ИЛ-1р, которые являются наиболее сильными индукторами синтеза Ш1-8. Кроме того, в литературе приведены сведения, что

концентрация ИЛ-8 зависит от злокачественности течения заболевания, и этим можно объяснять высокий уровень изучаемого цитокина у больных агрессивными лимфомами.

Уровень базальной секреции цитокинов характеризовал функциональную активность мононуклеаров без воздействия на них антигена. После стимуляции лимфоидных клеток ФГА были отмечены некоторые изменения в показателях цитокинового профиля.

Так, у пациентов с индолентными лимфомами отмечено снижение стимулированной концентрации ИЛ-1|3, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИФН-а. У больных с агрессивными лимфомами наблюдался рост содержания стимулированной продукции ФНО-а, снижение секреции ИЛ-2, ИЛ-10 и ИФН-а. В обеих исследуемых группах больных выявлено снижение уровня ИЛ-2, причем в большей степени эти изменения наблюдались у пациентов с агрессивными лимфомами и сочетались с высоким содержанием у них ИЛ-4 и ИЛ-10. Найденные отклонения в содержании цитокинов, вероятно, связаны с опухолевой прогрессией заболевания. Данный факт свидетельствует о том, что у больных с В-клеточными опухолями повышение концентрации исследуемых цитокинов может рассматриваться в качестве маркеров более агрессивного течения заболевания, что согласуется с данными литературы (Воробьев А.И., 2000). Кроме того, у больных агрессивными лимфомами установлено повышение концентрации ФНО-а после стимуляции мононуклеаров ФГА.

Поскольку все больные агрессивными лимфомами находились в IV стадии заболевания, подразделение пациентов на группы было проведено только при индолентных лимфомах. У этих пациентов была прослежена зависимость показателей иммунитета от стадии заболевания. В этой связи среди больных, с впервые установленным диагнозом и не получавших химиотерапию, на основании классификации AnnArbor выделены три группы пациентов: находящихся к моменту обследования в 1 стадии заболевания (9 человек), во второй стадии (19 человек) и в HI-1V стадиях (8 человек).

У больных с Ш-1У стадиями заболевания достоверно снижена спонтанная секреция мононуклеарами крови ФНО-а, ИЛ-1р, ИЛ-4 и ИЛ-6 (табл. 5). Не исключено, что низкая концентрация ИЛ-4 и ИЛ-6 тормозит созревание В-лимфоцитов в плазмоциты.

При прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов у больных отмечалось достоверное снижение уровня ИЛ-2 и ИЛ-4 в культуре мононуклеаров после их стимуляции ФГА. Это, скорее всего, связано с ослаблением секретирукяцей функции Т-клеток при прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов - основных продуцентов данных цитокинов. Кроме того, сравнение показателей представленных групп выявило, что у больных с Ш-1У стадиями заболевания в сыворотке крови заметно возрастал уровень ФНО-а, ИЛ-1 р, ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-10. .

В системе цитокинов у больных с маркерами герпесвирусной инфекции наблюдался достоверный рост концентрации ФНО-а и ИЛ-1 р. Кроме того, у больных второй группы был отмечен подъем уровня ИЛ-10 (коэффициент корреляции Спирмена составил -0,21 ($p< 0,05$)), что соответствует литературным данным, свидетельствующим о синтезе вирусами герпеса гомологов данного цитокина (РккетЬег Н., 2002). После стимуляции ФГА содержание ИЛ-113 в культуре лимфоцитов сохранялось на высоком уровне.

Уровни интерферонов ИФН-а, ИФН-у и ИЛ-2 в культуре лимфоцитов в группе вирусинфицированных лиц не имели достоверных различий по сравнению с показателями группы вируснегативных пациентов, что свидетельствовало о неадекватном ответе иммунной системы больных НХЛ на вирусный агент.

Таким образом, проведенные исследования иммунного статуса у вирусинфицированных больных НХЛ показали, что у них не наблюдалось специфической перестройки цитокиновой сети. Снижение содержания СО16+-клеток являлось доминирующим фактором ослабления противовирусного иммунитета. Отсутствие полноценной иммунной реакции у больных НХЛ приводит к частой контаминации вирусами и их репликации в организме хозяина. Это подтверждалось наличием довольно высокого процента ПЦР положительных результатов (29,5%), полученных при исследовании периферической крови данных пациентов.

Вывод. Установлен высокий иммуносупрессивный эффект химиотерапии с включением алемтузумаба. Расскрыта корреляционная зависимость снижения количества С016+-клеток и возрастания концентрации ИЛ-10 в культуре мононуклеаров с частотой выявления маркеров герпесвирусной репликации, что может служить прогностическим иммунологическим параметром, характеризующим вероятность реактивации вирусной инфекции у пациентов с НХЛ.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ В-КЛЕТОЧНОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Ахмедова Х.Ю,. Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Хронический В-клеточный лимфолейкоз (В-ХЛЛ) - наиболее распространенный и, следовательно, изученный лейкоз взрослых. В соответствии с современной классификацией гемобластозов ВОЗ 2001 года, В-ХЛЛ - хроническая опухоль, характеризующаяся клональной пролиферацией и накоплением С05+, СР23+ опухолевых лимфоцитов в костном мозге, периферической крови, лимфатических узлах и селезенке.

Заболевание впервые описано около полутора веков назад, и в настоящее время диагностика опухоли не вызывает затруднений. В то же время, ни одна из современных международных классификаций В-ХЛЛ не выделяет отдельные формы болезни, которые отечественные гематологи начали описывать еще в 50-х годах прошлого века. Каждая из этих форм представляет собой отдельную биологическую сущность в пределах В-ХЛЛ, вероятно, имеющую специфические иммунологические, цитогенетические и молекулярно-биологические признаки и особенности ответа на терапию.

Цель исследования. Определить прогностическое значение цитогенетических нарушений при хроническом В-клеточном лимфолейкозе.

Методы исследования. Нами выделено 3 группы цитогенетических нарушений, имеющих разное прогностическое значение: к благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие хромосомных нарушений и делеция 13ql4 в качестве единственного нарушения кариотипа, к факторам «промежуточного» прогноза - трисомия хромосомы 12 и делеция llq23, к неблагоприятным прогностическим факторам - делеция 17р 13 и комплексные нарушения кариотипа.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования объясняют, почему большинство современных исследователей относят трисомию хромосомы 12 к факторам «промежуточного» прогноза. Данная аберрация с одинаковой вероятностью встречается у пациентов с благоприятными и неблагоприятными факторами прогноза, т.е. среди больных с данным цитогенетическим нарушением есть и те, у которых заболевание отличается спокойным, медленно прогрессирующим течением, и пациенты с агрессивным В-ХЛЛ. Возможно, именно поэтому у данной группы больных «промежуточные» показатели общей выживаемости.

Хромосомные нарушения выявлены у 56% больных В-ХЛЛ: самой частой аберрацией является делеция (25% случаев); делеция с1е11Ц23/АТМ определена у 19% пациентов, трисомия хромосомы 12 - в 13%случаев, делеция 17р13/ТР53 - у 7% и комплексные нарушения кариотипа - у 6% больных.

К благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие выявленных хромосомных нарушений и делеция 13д14 в качестве единственного нарушения кариотипа (3-летняя общая выживаемость составила 83% и 78% соответственно).

Благоприятные цитогенетические факторы прогноза коррелируют с длительным удвоением количества лимфоцитов (больше 12 месяцев); кроме того, при отсутствии выявленных аберраций характерен мутированный вариант генов вариабельного региона иммуноглобулинов и очаговое или интерстициальное поражение костного мозга, а при делеции 13д14 - экспрессия СБ 38 менее, чем на 30% клеток. Напротив, для больных с делецией 1Ц23, 17р13 и комплексным кариотипом характерно быстрое удвоение количества лимфоцитов (меньше 12 месяцев); кроме того, делеция 1Ц23 и комплексный кариотип коррелируют с экспрессией СБ38 более чем на 30% клеток.

Выводы. Молекулярно-генетические факторы прогноза В-клеточного хронического лимфолейкоза уже на ранних стадиях развития опухоли позволяют выявить больных, относящихся к группе риска. Раннее выявление таких больных стало актуальным, поскольку появились методы лечения, позволяющие получать полные продолжительные ремиссии у большинства пациентов. К молекулярно-генетическим прогностическим факторам В-ХЛЛ относятся мутационный статус генов вариабельного региона иммуноглобулинов и цитогенетические нарушения, которые и стали предметом исследования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Дж., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ключевым звеном патогенеза ЭТ является неконтролируемая активация клеточного сигнального пути JAK-STAT, в основе которой лежат соматические точечные мутации генов, кодирующих

тирозинкиназу (JAK2) и белок кальретикулин (CALR), а также гена рецептора тромбопоэтина (MPL). В последние годы установлена молекулярная картина ЭТ, что предопределило необходимость дальнейшего изучения влияния указанных мутаций на течение, риск развития осложнений и прогноз заболевания..

Цель исследования. Оценить распространенность драйверных соматических мутаций у пациентов с ЭТ и определить их взаимосвязь с временем дебюта заболевания и некоторыми клинико-лабораторными показателями.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 193 пациентов с ЭТ, наблюдавшихся в клинике АГМИ с 2015 по 2019 гг. Возраст обследованных в дебюте заболевания колебался от 18 до 90 лет (медиана 57 лет), из них 65 (33,7 %) мужчин и 128 (66,3 %) женщин, сопоставимых по возрасту.

Результаты исследования. Мутация V617F гена JAK2 обнаружена у 130 (67,4 %) человек, мутации гена CALR — у 35 (18,1 %) пациентов, в 1 (0,5 %) случае выявлена мутация W515L гена MPL (MPL+). У 26 (13,5 %) пациентов не обнаружено ни одной драйверной мутации. Они отнесены к обследованным с так называемым тройным негативным статусом (TN+). Мутационный статус гена CALR складывался из like мутаций p. L367fs*46 (делеция в 52 п.о.—тип 1) и p. K385fs*47 (инсерция в 5 п.о.—тип 2). Мутации типов 1/like и 2/like обнаружены у 18 (51,4 %) и 17 (48,6 %) пациентов соответственно.

Частота выявления драйверных мутаций у больных ЭТ согласуется с результатами общемировых и российских исследований. Подтверждена ассоциация мутации V617F гена JAK2 с дебютом заболевания в пожилом возрасте и более высоким уровнем гемоглобина, чем у носителей других драйверных мутаций.

Вывод. Пациенты с мутациями в гене CALR типа 2/like в сравнении со всеми исследуемыми группами имели наибольшее количество тромбоцитов. Установлено статистически значимое отличие больных по возрасту дебюта заболевания и содержания тромбоцитов в зависимости от типа выявленной мутации гена CALR.

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Дж., Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.
Кафедра госпиталной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкое распространение вирусов герпеса в популяции людей, разнообразие путей передачи (контактный, воздушно-капельный, половой, трансмиссивный), способность к пожизненной персистенции с возможностью реактивации в организме хозяина, делают представителей этой группы (ВПГ 1, 2; ВЭБ; ЦМВ; ВГЧ 6,7, 8) наиболее опасными для лиц с ослабленной иммунной системой.

Основные достижения в этой области как у зарубежных, так и у отечественных исследователей связаны с разработкой и внедрением протоколов, включающих применение высокодозной химиотерапии и новых подходов к проведению аллогенной трансплантации костного мозга. Это позволяет повысить как частоту достижения полных гематологических ремиссий, так и общую безрецидивную выживаемость у пациентов с данной патологией.

Цель исследования. Определить частоту лабораторного выявления герпесвирусных инфекций у больных гематологического стационара

Материалы и методы исследования. Провели анализ результатов вирусологического исследования 1500 образцов БАЛ и 315 образцов крови от онкогематологических пациентов с пневмонией. Диагноз пневмонии устанавливали на основании выявления у больного клинической картины инфекции (лихорадка, дыхательная недостаточность) и появления ин-фильтративных изменений при радиологическом исследовании и/или по результатам компьютерной томографии высокого разрешения.

Результаты исследования. Установлено, что у гематологических больных, при развитии инфекционных осложнений, достоверно чаще определяются лабораторные признаки активации ВЭБ (64,31%), реже ЦМВ (21,33%) и ВПГ 1-2 (5,39%) (p = 0,0001).

При развитии пневмонии у гематологических больных, в БАЛ достоверно чаще удалось определить ДНК ВЭБ (43,6%), реже ВПГ 1-2 (29,6%) и ЦМВ (21%). При этом показано, что исследование БАЛ более информативно, чем исследование крови (p = 0,005).

Показано, что метод ИФА и ПЦР в диагностике герпесвирусов взаимно дополняют друг друга. Одновременно признаки активации герпесвирусов двумя методами выявлялись у 1-7% из 64% больных с маркерами активных герпесвирусных инфекций.

В отличие от доноров крови, у больных в дебюте острого лейкоза достоверно чаще выявляли ДНК ВЭБ (79,2% против 51,9%, p = 0,001) и ДНК ВПГ 1-2 (8,3% против 0,8%, p = 0,023). Однако перед вторым курсом химиотерапии частота выявления маркеров ^ активных герпесвирусов становится статистически неотличима от таковой у доноров крови (ВЭБ - 40%, p = 0,3; ВПГ 1-2 - 2%, p = 0,9).

Выявление маркеров активных герпесвирусных инфекций у больных острыми лейкозами ассоциировано с проявлениями инфекционных осложнений в дебюте заболевания в 77,8% случаев, а ходе лечения в 100% (p = 0,001).

Вывод. При высокой частоте инфицирования герпесвирусами обследованных гематологических больных, отсутствии практики обследования доноров на ЦМВ и проведении массивной гемокомпонентной терапии в период стационарного лечения, 4,4% взрослых пациентов остаются серонегативными по отношению к ЦМВ.

В большей степени ЦМВ-серонегативность проявилась у детей с соматическими заболеваниями, и ее частота составила 54,5% в группе детей в возрасте от ≤ 1 года до 10 лет и 28,6% – в возрасте от 11 до 18 лет, что необходимо учитывать в клинической практике при проведении гемотрансфузий в педиатрии, в том числе при современной тактике внутриутробных обменных переливаний при резус-конфликте.

В целом результаты тестирования на герпесвирусную инфекцию как взрослых гематологических больных, так и, в большей степени, детей младшего возраста свидетельствуют о необходимости введения практики дополнительного обследования указанных категорий реципиентов и доноров гемокомпонентов на ЦМВ и ВЭБ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Ахмедова Х.Ю. Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время значительно возрос интерес к регуляторам иммунного ответа - цитокинам. С современных позиций принято считать, что цитокины обладают достаточно широким спектром действий: они определяют выживаемость клеток, их пролиферацию и дифференцировку, осуществляют инги-бирование роста клеток и их апоптоз.

Следовательно, использование современных иммунологических методов исследования позволяет получить дополнительные сведения о роли медиаторов межклеточных взаимодействий в реакциях противовирусного иммунитета у больных НХЛ и определить новые иммунологические критерии, предрасполагающие к развитию у них инфекционных вирусных осложнений. Исходя из этого, проведение многоплановых иммунологических исследований у больных НХЛ, с учетом проводимой современной химиотерапии, следует признать актуальным.

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлись - оценка состояния противовирусного иммунитета и установление факторов, обусловливающих реактивацию вирусных инфекций у больных НХЛ.

Материалы и методы исследования. За период с 2019 по 2021 годы в гематологической клинике АГМИ было проведено обследование 106 человек с различными вариантами НХЛ, из них наблюдалось 85 (80%) пациентов с индолентными лимфомами и 21 (20%) больной - с различными вариантами агрессивных НХЛ. Группу пациентов с индолентными НХЛ составили больные лимфомой из малых лимфоцитов.

Результаты исследования. В большей степени изменения иммунитета у больных НХЛ коснулись клеточного звена со снижением числа CD31-, CD4CD8*-лимфоцитов во всех исследуемых группах, а также сдвигом в сторону снижения значения иммунорегуляторного индекса у пациентов с лимфомой из малых лимфоцитов. При этом показатели CD3+-, CD8+, CD16+, C095+-клеток у больных агрессивными лимфомами имели достоверно более значимые отклонения, по сравнении с пациентами индолентными НХЛ.

Возможно, это обусловлено значимо низкими концентрациями ФНО-а и ИЛ-1р, которые являются наиболее сильными индукторами синтеза Ш1-8. Кроме того, в литературе приведены сведения, что концентрация ИЛ-8 зависит от злокачественности течения заболевания, и этим можно объяснять высокий уровень изучаемого цитокина у больных агрессивными лимфомами.

Уровень базальной секреции цитокинов характеризовал функциональную активность мононуклеаров без воздействия на них антигена. После стимуляции лимфоидных клеток ФГА были отмечены некоторые изменения в показателях цитокинового профиля

Так, у пациентов с индолентными лимфомами отмечено снижение стимулированной концентрации ИЛ-1|3, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-8, ИЛ-10 и ИФН-а. У больных агрессивными лимфомами наблюдался рост содержания стимулированной продукции ФНО-а, снижение секреции ИЛ-2, ИЛ-10 и ИФН-а. В обеих исследуемых группах больных выявлено снижение уровня ИЛ-2, причем в большей степени эти изменения наблюдались у пациентов с агрессивными лимфомами и сочетались с высоким содержанием у них ИЛ-4 и ИЛ-10. Найденные отклонения в содержании цитокинов, вероятно, связаны с опухолевой прогрессией заболевания. Данный факт свидетельствует о том, что у больных с В-клеточными опухолями повышение концентрации исследуемых цитокинов может рассматриваться в качестве маркеров более агрессивного

течения заболевания, что согласуется с данными литературы (Воробьев А.И., 2000). Кроме того, у больных агрессивными лимфомами установлено повышение концентрации ФНО-а после стимуляции мононуклеаров ФГА.

Поскольку все больные агрессивными лимфомами находились в IV стадии заболевания, подразделение пациентов на группы было проведено только при индолентных лимфомах. У этих пациентов была прослежена зависимость показателей иммунитета от стадии заболевания. В этой связи среди больных, с впервые установленным диагнозом и не получавших химиотерапию, на основании классификации Ann Arbor выделены три группы пациентов: находящихся к моменту обследования в 1 стадии заболевания (9 человек), во И стадии (19 человек) и в HI-1V стадиях (8 человек)

У больных с Ш-1У стадиями заболевания достоверно снижена спонтанная секреция мононуклеарами крови ФНО-а, ИЛ-1р, ИЛ-4 и ИЛ-6 (табл. 5). Не исключено, что низкая концентрация ИЛ-4 и ИЛ-6 тормозит созревание В-лимфоцитов в плазмоциты.

При прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов у больных отмечалось достоверное снижение уровня ИЛ-2 и ИЛ-4 в культуре мононуклеаров после их стимуляции ФГА. Это, скорее всего, связано с ослаблением секретирукяей функции Т-клеток при прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов - основных продуцентов данных цитокинов. Кроме того, сравнение показателей представленных групп выявило, что у больных с Ш-1У стадиями заболевания в сыворотке крови заметно возрастал уровень ФНО-а, ИЛ-1 р, ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-10. .

В системе цитокинов у больных с маркерами герпесвирусной инфекции наблюдался достоверный рост концентрации ФНО-а и ИЛ-1 р. Кроме того, у больных второй группы был отмечен подъем уровня ИЛ-10 (Коэффициент корреляции Спирмена составил -0,21 ($p < 0,05$)), что соответствует литературным данным, свидетельствующим о синтезе вирусами герпеса гомологов данного цитокина (РккетЬег Н., 2002). После стимуляции ФГА содержание ИЛ-113 в культуре лимфоцитов сохранялось на высоком уровне.

Уровни интерферонов ИФН-а, ИФН-у и ИЛ-2 в культуре лимфоцитов в группе вирусинфицированных лиц не имели достоверных различий по сравнению с показателями группы вируснегативных пациентов, что свидетельствовало о неадекватном ответе иммунной системы больных НХЛ на вирусный агент.

Таким образом, проведенные исследования иммунного статуса у вирусинфицированных больных НХЛ показали, что у них не наблюдалось
специфической перестройки цитокиновой сети. Снижение содержания СО!6+-клеток являлось доминирующим фактором ослабления противовирусного иммунитета. Отсутствие полноценной иммунной реакции у больных НХЛ приводит к частой контаминации вирусами и их репликации в организме хозяина. Это подтверждалось наличием довольно высокого процента ПЦР положительных результатов (29,5%), полученных при исследовании периферической крови данных пациентов.

Вывод. Установлен высокий иммуносупрессивный эффект химиотерапии с включением алемтузумаба. Расскрыта корреляционная зависимость снижения количества С016+-клеток и возрастания концентрации ИЛ-10 в культуре мононуклеаров с частотой выявления маркеров герпесвирусной репликации, что может, служить прогностическим иммунологическим параметром, характеризующим вероятность реактивации вирусной инфекции у пациентов с НХЛ.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Ахмедова Х.Ю. Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С.
Кафедра госпиталной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Хронический В-кпеточный лимфолейкоз (В-ХЛЛ) - наиболее распространенный и, следовательно, изученный лейкоз взрослых. В соответствии с современной классификацией гемобластозов ВОЗ 2001 года, В-ХЛЛ - хроническая опухоль, характеризующаяся клональной пролиферацией и накоплением С05+, СР23+ опухолевых лимфоцитов в костном мозге, периферической крови, лимфатических узлах и селезенке.

Заболевание впервые описано около полутора веков назад и в настоящее время диагностика опухоли не вызывает затруднений. В то же время, ни одна из современных международных классификаций В-ХЛЛ не выделяет отдельные формы болезни, которые отечественные гематологи начали описывать еще в 50-х годах прошлого века. Каждая из этих форм представляет собой отдельную биологическую сущность в пределах В-ХЛЛ, вероятно имеющую специфические иммунологические, цитогенетические и молекулярно-биологические признаки и особенности ответа на терапию.

Цель исследования. Определить прогностическое значение цитогенетических нарушений при хроническом В-клеточном лимфолейкозе.

Методы исследования. Нами выделено 3 группы цитогенетических нарушений, имеющих разное прогностическое значение: к благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие хромосомных

нарушений и делеция 13ql4 в качестве единственного нарушения кариотипа, к факторам «промежуточного» прогноза — трисомия хромосомы 12 и делеция llq23, к неблагоприятным прогностическим факторам — делеция 17р 13 и комплексные нарушения кариотипа.

Результаты исследования. Результаты нашего исследования объясняют, почему большинство современных исследователей относят трисомию хромосомы 12 к факторам «промежуточного» прогноза. Данная аберрация с одинаковой вероятностью встречается у пациентов с благоприятными и неблагоприятными факторами прогноза, т.е. среди больных с данным цитогенетическим нарушением есть и те, у которых заболевание отличается спокойным, медленно прогрессирующим течением, и пациенты с агрессивным В-ХЛЛ. Возможно, именно поэтому у данной группы больных «промежуточные» показатели общей выживаемости.

Хромосомные нарушения выявлены у 56% больных В-ХЛЛ: самой частой аберрацией является делеция (25% случаев); делеция с!е11Ц23/АТМ определена у 19% пациентов, трисомия хромосомы 12 — в 13%случаев, делеция 17р13/ТР53 — у 7% и комплексные нарушения кариотипа - у 6% больных.

К благоприятным факторам прогноза относятся отсутствие выявленных хромосомных нарушений и делеция 13д14 в качестве единственного нарушения кариотипа (3-летняя общая выживаемость составила 83% и 78% соответственно).

Благоприятные цитогенетические факторы прогноза коррелируют с длительным удвоением количества лимфоцитов (больше 12 месяцев); кроме того, при отсутствии выявленных аберраций характерен мутированный вариант генов вариабельного региона иммуноглобулинов и очаговое или интерстициальное поражение костного мозга, а при делеции 13д14 — экспрессия СБ 38 менее, чем на 30% клеток. Напротив, для больных с делецией 1Ц23, 17р13 и комплексным кариотипом характерно быстрое удвоение количества лимфоцитов (меньше 12 месяцев); кроме того, делеция 1Ц23 и комплексный кариотип коррелируют с экспрессией СБ38 более чем на 30% клеток.

Вывод. Молекулярно-генетические факторы прогноза В-клеточного хронического лимфолейкоза уже на ранних стадиях развития опухоли позволяют выявить больных, относящихся к группе риска. Раннее выявление таких больных стало актуальным, поскольку появились методы лечения, позволяющие получать полные продолжительные ремиссии у большинства пациентов. К молекулярно-генетическим прогностическим факторам В-ХЛЛ относятся мутационный статус генов вариабельного региона иммуноглобулинов и цитогенетические нарушения, которые и стали предметом исследования.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19

Ахмедова Ш.Ш., Джураева Э.Р., асс. Ганиева Н.А.
кафедры факультетской и госпитальной терапии №1 с курсом профессиональных заболеваний
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Вспышка вируса SARS-CoV-2 (COVID –19), разросшаяся до уровня пандемии, затронула миллионы жизней и способствовала росту числа смертей во всем мире. В настоящее время инфекция, вызванная новым коронавирусом – COVID-19, рассматривается мировым сообществом как чрезвычайная ситуация глобального значения. Пандемия представляет собой серьезную проблему как для врачей-ревматологов, так и для пациентов, поскольку серьезная инфекция является общепризнанной причиной заболеваемости и смертности от ряда ревматических заболеваний, поскольку пациенты с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями имеют повышенный риск развития инфекционных заболеваний и получают лечение препаратами, оказывающими иммуносупрессивное действие

Цель исследования - изучить клиническую картину ревматоидного артрита (РА) у больных, перенёсших COVID-19.

Материал и методы. Обследовано 32 пациента с достоверным диагнозом РА, находившихся на стационарном лечении в отделениях ревматологии и кардиоревматологии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Среди больных РА было 28 женщин (87,5%) и 4 мужчин (12,5%), средний возраст больных (M±m) составил 51,16 ± 9,35 года, средняя длительность РА – 15±9,26. Активность заболевания определялась с помощью индексов DAS28. По заболеваемостью COVID – 19 пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные РА, перенесшие COVID –19, II группа – больные РА, не перенесшие данное заболевание. Всем пациентам проводилось объективное исследование, определение продолжительности утренней скованности, рентгенологическое исследование суставов, определение ревматоидного фактора (РФ) крови.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено, что после перенесенного COVID-19 у 68,1% больных РА отмечалось обострение патологического процесса. Продолжительность утренней скованности у больных РА I группы составила 180,0 ± 1,6 минут, в то же время во II группе - 156± 1,5 минут. В зависимости от наличия РФ в сыворотке крови у 59 % обследованных

больных I группы был серопозитивный (среднее значение РФ - 19,2±1,4) и у 36% - серонегативный РА (во II группе эти показатели составили 70% и 30% соответственно). Активность РА согласно индексу DAS28 у пациентов I группы была 5,13 ± 0,6 баллов, что соответствовало III степени, во II группе DAS28 составила 5,0±0,8 баллов, то есть имела место II степень активности. В I группе скорость оседания эритроцитов (СОЭ) составила 28,6± 0,9 мм/час и оказалась достоверно выше по сравнению с показателями СОЭ во II группе (20,5 ± 1,2 мм/час). Сравнительный анализ уровня СРБ установил более высокие значения у больных I группы (35,1±1,3 напротив СРБ-28,6 ±0,9 во II группе). У 73% пациентов РА I группы кроме суставных проявлений также отмечалось поражение внутренних органов (кардит, нефрит).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у пациентов РА, перенесших COVID-19, часто отмечалось прогрессирование заболевания и высокая степень активности процесса, что подтверждалось повышением показателей острофазных проб, а также присоединялось системное поражение внутренних органов.

ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 И ГАСТРИНА-17 ПРИ ПОДОСТРОМ ОТРАВЛЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицниский институт

При изучени литературных данных было установлено, что у пациентов с диагнозом вирусного гепатита уровни ферментов поджелудочной железы сывороточной и панкреатической амилазы, и уровень липазы сыворотки повышаются с прогрессированием заболевания печени. Также было определено, что у больных циррозом печени средние показатели дебита свободной и общей кислотности, а также пепсиногена 1 в сыворотке крови были ниже, чем в обычных условиях. Тогда как концентрация сывороточного гастрина и соматостатина у больных циррозом печени была значительно выше. Эти факторы могут способствовать формированию, как хронического панкреатита, так и атрофического гастрита.

В экспериментах на крысах было показано, что низкомолекулярный гепарин, предотвращал воспаление в острой фазе и, возможно, уменьшал активацию клеток Купфера и тучных клеток, и демонстрировал защитную роль против некроза и апоптоза. Гепарин является дешевым и безопасным, может быть вариантом для лечения повреждения печени, если дальнейшие исследования также подтвердят его положительное влияние на хроническое повреждение печени. Также было установлено антифибротическое действие гепарина на моделе фиброза печени у крыс.

Вследствие этого представляло интерес на модели подострого отравления печени четыреххлористым углеродом у крыс, изучить совместное влияние ингибитора протеаз контрикала и гепарина на изменения в крови пищеварительных гидролаз желудка и поджелудочной железы, а также в составе гомогенатов слизистой желудка и поджелудочной железы содержание пищеварительных гидролаз, и обосновать механизмы этих изменений.

По результатам проведенных 50 экспериментов на крысах. Намодели подострого отравления печени четыреххлористым углеродом у крыс, изучали совместное влияние ингибитора протеаз контрикала и гепарина на изменения в крови ХЦК-8, гастрина-17, пищеварительных гидролаз желудка и поджелудочной железы, а также в составе гомогенатов слизистой желудка и поджелудочной железы содержание пищеварительных гидролаз.

Результаты проведенных экспериментов на крысах показали, что у животных 2 опытной группы в результате подострого отравления четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное увеличение показателей печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми данными контрольной группы.

В тоже время в результате подострого отравления четыреххлористым углеродом степень изменения гидролаз желудка и поджелудочной железы в крови отмечалась разнонаправлено. Так достоверно увеличивались по отношению к контрольной группе панкреатическая амилаза и панкреатическая липаза. В тоже время показатели пепсиногена-I достоверно уменьшались по отношению к контрольной группе.При этом в этой группе наблюдалось достоверное увеличение в составе крови ХЦК-8 и Гастрина-17 по сравнению с контрольной группой.

В составе гомогенатов слизистой желудка и ткани поджелудочной железы показатели пищеварительных гидролаз под влиянием подострого отравления четыреххлористым углеродом коррелировали с таковыми данными крови. Так достоверно увеличивались по отношению к контрольной группе в составе гомогената ткани поджелудочной железы амилаза и ОПА. В тоже время показатели пепсиногена-I в составе гомогената слизистой желудка достоверно уменьшались по отношению к контрольной группе.

Проведенные эксперименты на крысах 3 опытной группы показали, что у животных применение контрикала на фоне подострого отравления

четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное снижение печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми показателями 2 опытной группой. В результате применения контрикала, на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз поджелудочной железы, панкреатической амилазы и липаза в крови достоверно уменьшались по отношению к таковым данным 2 опытной группой. В тоже время отмечалось недостоверное увеличение пепсиногена-I по отношению ко 2 опытной группе.

Под влиянием контрикала на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз в составе гомогенатов слизистой желудка и ткани поджелудочной железы 3 опытной группы имели недостоверные изменения по сравнению со 2 группой, но коррелировали с таковыми показателями крови.

Проведенные эксперименты на крысах 4 опытной группы показали, что у животных совместное применение контрикала и гепарина на фоне
подострого отравления четыреххлористым углеродом, отмечалось достоверное снижение печеночных проб: АЛТ, АСТ, общего билирубина, по сравнению с таковыми показателями 2 опытной группы и недостоверное уменьшение по отношению к 3 группе.

В результате применения контрикала и гепарина, на фоне подострого отравления четыреххлористым углеродом показатели пищеварительных гидролаз поджелудочной железы, панкреатической амилазы и липазы в крови также достоверно уменьшались.

ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ПОПУЛЯЦИИ

Ашуралиева Н.Д.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Нестабильная стенокардия - это период обострения ишемической болезни сердца, сопровождающийся высоким риском развития некротических изменений миокарда и внезапной кардиальной смерти. Пациенты отмечают сильные загрудинные боли, нарушения ритма, одышку и генерализованные отеки. План диагностических мероприятий включает кардиографию, Эхо-КГ, лабораторные методы и ангиографию. Лечение базируется на комплексной медикаментозной терапии. При неэффективности консервативных мероприятий или обширном характере повреждения кардиальной мышцы применяются инвазивные методы (реваскуляризация).

Нестабильная стенокардия является актуальной проблемой современной кардиологии из-за наличия плохо контролируемых клинических проявлений. Согласно последним рекомендациям, данная патология вместе с мелкоочаговым и крупноочаговым инфарктом миокарда входит в понятие острого коронарного синдрома, соответственно, представляет серьезную угрозу для жизни и здоровья пациента. В 25% наблюдений заболевание завершается некротическим процессом в миокарде, 80% из них — в первые семь дней с начала обострения. Летальность составляет около 15%, наиболее высокий уровень смертности наблюдается у лиц с массивной гибелью кардиомиоцитов, поражающей все кардиальные стенки.

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 стенокардий. 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 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 событий 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.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Ашуралиева Н.Д.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, основным принципом успешного лечения больных стабильной стенокардией является комплексность. Это немедикаментозные методы лечения и профилактики, а также полноценная терапия лекарственными средствами (ЛС), предупреждающими сердечно - сосудистые события, с одной стороны и препаратами антиишемического и антиангинального действия - с другой.

Несмотря на широкое распространение и регулярное обновление рекомендаций/стандартов лечения, разрыв между современными знаниями и их внедрением в клиническую практику остается существенным, что было неоднократно показано в исследованиях и регистрах, посвященных различным популяциям пациентов с ССЗ.

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. Нами было проведено исследование влияния указанного курса лечения у обследованных больных на морфо-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца. Так, в исследуемой группе больных отмечалось уменьшение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ на 8,9%, конечного систолического объема (КСО) - на 20,43%, что привело к увеличению фракции выброса (ФВ) на 8,7% (табл. 1). Вместе с тем, уменьшился размер ЛЖ на 8,04%, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ на 9,7%, ВТС ЛЖ - на 17,14%, наметилась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), что привело к уменьшению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ на 11,2%.

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.

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.

Вывод. Таким образом, фармакодинамические эффекты комплексного лечения проявляются главным образом в восстановлении сократительной функции ЛЖ, а именно, в уменьшении КСО и КДО, а также повышении ФВ ЛЖ.

Данные обследования больных до и после лечения свидетельствуют о положительном влиянии медикаментозной терапии на показатели липоцитокинов.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА

Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Очень актуальным является изучение участия протеаз и их ингибиторов в модификации утилизации печенью короткоцепочных пептидов. Известно, что основной механизм действия протеаз на различные клетки осуществляется через ПАР-2. Нами сделано предположение, что механизм действия трипсина на

снижение утилизации печенью пентагастрина и ХЦК-8 осуществляется через ПАР-2 печени. Поэтому представляло интерес изучить влияние трипсина и специфического активатора ПАР-2 рецепторов - гексапептида (SLIGRL). Чтобы по аналогии эффектов косвенно подтвердить, что трипсин вызывает снижение утилизации печенью короткоцепочных пептидов через ПАР-2 рецепторы печени. Синтетические агонисты и антагонисты являются ценным инструментом для исследования функций PAR-2 in vivo. Большинство лигандов, к настоящему времени используемых для оценки биологии PAR-2, были пептиды. Синтетический гексапептид - SLIGRL (последовательность серина, лейцина, изолейцина, глицина, аргинина, лейцина), является более сильным, чем другие аминокислотные последовательности, и был наиболее широко используемым пептидным агонистом.

Проведены 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось сравнительное влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида пентагастрина совместно с трипсином и отдельно пентагастрина совместно с гексапептидом (SLIGRL) на секреторную функцию желудочных желез.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001), так и портальную вену 1,1±0,09 мл 0,7±0,04 мл (P<0,001), был достоверно выше, таковых показателей после введения физиологического раствора. При этом показатели объема под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,1±0,09 мл (P<0,001). Подобная направленность наблюдалась и под влиянием совместно трипсина и Г-5. Отмечалось достоверное увеличение показателей объема при введении, как в периферическую 0,5±0,03 мл и 1,9±0,17 мл (P<0,001), так и в портальную вену 0,7±0,04 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001), по отношению к показателям с введением физиологического раствора, и не достоверное увеличение показателей объема при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,9±0,17 мл (P>0,5) и достоверное в портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001) по отношению к показателям с введением только пентагастрина. Похожая направленность эффектов наблюдалась, под влиянием совместно гексапептида и Г-5, по отношению к показателям с введением как физиологического раствора, в периферическую вену 0,5±0,03 мл и 1,85±0,15 мл (P<0,001) и в портальную вену 0,7±0,04 мл и 1,45±0,12 мл (P<0,001), так и пентагастрина в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,85±0,15 мл (P>0,5) ив портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,45±0,12 мл (P<0,001).

Под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин, так и в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, показатели ОПА были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин (P<0,001) и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P<0,001). При этом показатели ОПА под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин (P>0,5). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 59,2±5,1 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 54,1±4,3 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только пентагастрина. Под влиянием совместно гексапептида и Г-5 также отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 55,1±4,9 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 61,7±5,2 Ед/20 мин (P<0,05), по отношению к показателям с введением только пентагастрина.

Полученные данные показывают, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид пентагастрин. Трипсин, также как агонист PAR-2 гексапептид-SLIGRL, незначительно увеличивает секреторную активность желудка при введении в периферическую вену и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина за счет PAR-2 печени снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид пентагастрин,

ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8

Ашуралиева Н.Д., Алейник В.А., Жураева М.М., Ашуралиева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

В последние годы было актуальным изучение новых механизмов пищеварения в желудочно-кишечном тракте. Представляло интерес также изучение влияния контрикала на утилизацию печенью короткоцепочного пептида ХЦК-8, а также на секреторную функцию поджелудочной железы.

По результатам проведенных 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида ХЦК-8 совместно с контрикалом на секреторную функцию поджелудочной железы.

В результате проведенных исследований было установлено, что объем выделяемого поджелудочного сока под влиянием контрикала был несущественно ниже, чем таковые показатели после введения

физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,58±0,04 мл и 0,59±0,05 мл (P>0,5), так и в портальную вену 0,45±0,04 мл и 0,48±0,03 мл (P>0,5).

При этом объем сока под влиянием ХЦК-8 был достоверно выше, по отношению к показателям после введения физиологического раствора, введенных как в периферическую вену 0,79±0,07 мл и 0,59±0,05мл (P<0,05), так и в портальную вену 0,61±0,06 мл и 0,48±0,03 мл (P<0,05). В тоже время, показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были недостоверно ниже показателей введения в периферическую вену 0,61±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5). Совместное же применение контрикала и ХЦК-8 вызывало недостоверное снижение показателей в меньшей степени при введении в периферическую вену 0,75±0,06 мл и 0,79±0,07 мл (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 0,52±0,04 мл и 0,61±0,06 мл (P>0,5) по отношению к таковым показателям с введением ХЦК-8.

Под влиянием контрикала, введенного в периферическую вену, отмечалось незначительное понижение ОПА - 53,1±4,7 Ед/20 мин и в большей степени при введении в портальную вену - 37,1±2,5 Ед/20 мин, по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора 62,2±6,6 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин, соответственно (P>0,5).

Введение ХЦК-8 вызывало достоверное увеличение показателей ОПА по сравнению с таковыми показателями после введения физиологического раствора, как в периферическую вену 133,5±12,6 Ед/20 мин и 62,2±6,6 Ед/20 мин (P<0, 001), так и в портальную вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 48,0±5,4 Ед/20 мин (P<0,001).

При этом показатели под влиянием ХЦК-8, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 79,2±7,4 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P<0,001).

В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 снижение показателей, в меньшей степени при введении в периферическую вену 122,4±11,3 Ед/20 мин и 133,5±12,6 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 61,9±5,2 Ед/20 мин и79,2±7,4 Ед/20 мин (P>0,5) .).

Показатели амилазы поджелудочного сока под влиянием контрикала по сравнению с таковыми показателями с введением физиологического раствора незначительно снижались в меньшей степени при введении в периферическую вену 579,3±46,1 Ед/20 мин и 639,7±53,7 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 496,8±42,5 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20 (P>0,5),.

При этом под влиянием ХЦК-8, введенного как в периферическую вену - 1362,0±121,4 Ед/20 мин, так и в портальную вену - 1001,1±93,1 Ед/20 мин, показатели амилазы поджелудочного сока были достоверно выше (P<0,001), чем таковые показатели после введения физиологического раствора, соответственно 639,7±53,7 Ед/20 мин и 601,8±43,2 Ед/20. В тоже время под влиянием совместно контрикала и ХЦК-8 отмечалось недостоверное снижение показателей амилазы по отношению к таковым показателям с введением только ХЦК-8 в меньшей степени при введении в периферическую вену 1245,0±115,4 Ед/20 мин и 1362,0±121,4 Ед/20 мин (P>0,5) и в большей при введении в портальную вену 814,2±73,1 Ед/20 мин и 1001,1±93,1 Ед/20 Ед/20 мин (P>0,5).

Полученные результаты позволяют заключить, чтоу крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид ХЦК-8. Контрикал при совместном введении с ХЦК-8 в периферическую вену незначительно уменьшает секреторную активность поджелудочной железы и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность контрикала увеличивать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид ХЦК-8.

Представленные данные являются подтверждением утилизации печенью короткоцепочных пептидов, что является одним из механизмов в регуляции деятельности пищеварительных желез. Ингибиторы протеаз также могут принимать участие в этих механизмах регуляции. В противоположность трипсину, снижающему утилизацию печенью короткоцепочных пептидов через ПАР-2, ингибиторы протеаз препятствуют действию на ПАР-2 протеаз и увеличивают их утилизацию. Что является новым доказательством существования модифицирующего механизма взаимосвязи печени с желудком и поджелудочной железой.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Ашуралиева Н.Д.
Кафедра пропедевтика внутренных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Согласно актуальным клиническим рекомендациям, основным принципом успешного лечения больных стабильной стенокардией является комплексность. Это немедикаментозные методы лечения и профилактики, а также полноценная терапия лекарственными средствами (ЛС), предупреждающими сердечнососудистые события, с одной стороны и препаратами антиишемического и антиангинального действия - с другой.

Несмотря на широкое распространение и регулярное обновление рекомендаций/стандартов лечения, разрыв между современными знаниями и их внедрением в клиническую практику остается существенным, что было неоднократно показано в исследованиях и регистрах, посвященных различным популяциям пациентов с ССЗ.

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. Нами было проведено исследование влияния указанного курса лечения у обследованных больных на морфо-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца. Так, в исследуемой группе больных отмечалось уменьшение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ на 8,9%, конечного систолического объема (КСО) - на 20,43%, что привело к увеличению фракции выброса (ФВ) на 8,7% (табл. 1). Вместе с тем, уменьшился размер ЛЖ на 8,04%, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ на 9,7%, ВТС ЛЖ - на 17,14%, наметилась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), что привело к уменьшению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ на 11,2%.

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.

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.

Вывод. Таким образом, фармакодинамические эффекты комплексного лечения проявляются главным образом в восстановлении сократительной функции ЛЖ, а именно, в уменьшении КСО и КДО, а также повышении ФВ ЛЖ.

Данные обследования больных до и после лечения свидетельствуют о положительном влиянии медикаментозной терапии на показатели липоцитокинов.

ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ПОПУЛЯЦИИ

Ашуралиева Н.Д.
Кафедра пропедевтика внутренных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Нестабильная стенокардия — это период обострения ишемической болезни сердца, сопровождающийся высоким риском развития некротических изменений миокарда и внезапной кардиальной смерти. Пациенты отмечают сильные загрудинные боли, нарушения ритма, одышку и генерализованные отеки. План диагностических мероприятий включает кардиографию, Эхо-КГ, лабораторные методы и ангиографию. Лечение базируется на комплексной медикаментозной терапии. При неэффективности консервативных мероприятий или обширном характере повреждения кардиальной мышцы применяются инвазивные методы (реваскуляризация).

Нестабильная стенокардия является актуальной проблемой современной кардиологии из-за наличия плохо контролируемых клинических проявлений. Согласно последним рекомендациям, данная патология вместе с мелкоочаговым и крупноочаговым инфарктом миокарда входит в понятие острого коронарного синдрома, соответственно, представляет серьезную угрозу для жизни и здоровья пациента. В 25% наблюдений заболевание завершается некротическим процессом в миокарде, 80% из них — в первые семь дней с начала обострения. Летальность составляет около 15%, наиболее высокий уровень смертности наблюдается у лиц с массивной гибелью кардиомиоцитов, поражающей все кардиальные стенки.

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 стенокардий. 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 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 событий 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.

FEATURES OF THE COMBINED COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION AND OUT-OF-SOCIAL PNEUMONIA

Abduvalieva G.T., Yaminova N.Kh., Niyozova Yo M.
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem . According to the World Health Organization, one third of all causes of death in the adult population (15 million deaths per year worldwide) are cardiovascular diseases associated with atherosclerosis. The progressive increase in the number of patients with myocardial infarction, its wide spread among the socially active group of the population, disability and invapidization of patients, leading to large economic costs of the state, attach to the problem not only medical, but also great social and economic importance.The incidence rate of community-acquired pneumonia in most countries is 10-12%, varying depending on the age, gender, race and socio-economic conditions of the surveyed population. Despite the known diagnostic techniques and characteristic complaints, in about 60% of cases, pneumonia remains unrecognized, its correct diagnosis in the first 3 days is made only in 35% of cases, and in 30-40% of cases it is established only at the end of the first week of illness. The mutual aggravation of ischemic heart disease and pneumonia is based on the commonality of a number of risk factors and links of pathogenesis, including smoking, hemodynamic, neurohormonal and immuno-inflammatory changes. However, in the literature available to us, no data were found on the prevalence and features of the combined course of myocardial infarction and community-acquired pneumonia. The dynamics and role of pro- and anti-inflammatory cytokines, immunoglobulins in patients with a combined course of myocardial infarction and community-acquired pneumonia have not been determined.

Purpose of the study: To study the features of the combined course of myocardial infarction and community-acquired pneumonia and, on the basis of this, to develop directions for their diagnosis.

Materials and research methods. At the first stage, in order to study the incidence of combined pathology, 1718 case histories of patients with myocardial infarction and 88 protocols of pathological studies of those who died from myocardial infarction were analyzed . At the second stage, 120 patients with combined pathology of MI + CAP were observed (study of the structure and outcomes, analysis of clinical symptoms, results of X-ray examination). At the third stage, an in-depth comparative study was carried out in two groups of patients. We examined 57 patients with verified MI, among whom there were 48 men and 9 women. The average age was 74.6 + 4.1 years. All patients were divided into 2 groups: the 1st (main) included 27 patients with MI in combination with CAP, the 2nd group was a comparison group and consisted of 30 patients with only MI. In the compared groups, the analysis of clinical symptoms, data of clinical and biochemical analyzes, echocardiography , results of X-ray examination and the results of determination of the content of pro- and anti-inflammatory cytokines in the blood (11_-1b, 1b-2, 1b-b, Tn-a, 1N- y, Gb-4, I-10, P.-17.1ёA, DO, 1ёM). All patients in the compared groups were randomized by sex, age and severity of the disease.

Research results. At the first stage of the work, based on the analysis of 1718 case histories, data were obtained on the incidence of the combined course of MI and CAP among patients admitted to the cardiac intensive care unit for treatment in different years of observation. The incidence of the combined course of myocardial infarction and CAP among patients admitted to the cardiac intensive care unit for treatment in different years of observation ranged from 5.6% in 2012 to 8.2% in 2009. On average, the studied indicator for 4 years (from 2009 to 2012) was 7.0%. The duration of treatment for patients with concomitant MI and CAP was, on average, 32% longer than the duration of hospitalization for patients with myocardial infarction. Deaths in patients with

combined pathology occurred 2 times more often than in patients with MI without CAP (16.7% and 8.0%, respectively). When analyzing 88 protocols of pathological studies of patients with MI who died in the first 48 hours after hospitalization, in 22.7% of cases, signs of pulmonary inflammation were revealed at autopsy. The incidence of discrepancies between clinical and pathological diagnoses for community-acquired pneumonia (underdiagnostics) was quite significant and reached up to 40% in different years. Thus, it seems obvious that some patients with myocardial infarction had community-acquired pneumonia (up to 7% according to clinical data and up to 22.7% according to sectional data). The specified combined (CAP) disease in some cases was not diagnosed during life. 2. Among patients with a concomitant course of myocardial infarction and CAP, in comparison with patients who underwent myocardial infarction without CAP, there was a more severe course of myocardial infarction with a more frequent development of cardiac arrhythmias (100% and 47%, respectively), conduction (15.0% and 3 , 3%), myocarditis (7.4% and 0%), CHF (29.6% and 16.6%), early postinfarction angina (44.4% and 26.6%).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗЕЙ

Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан.

Актуальность проблемы: Процент смертости по сердечно-сосудистым заболеваниям во всем мире составляет 31%, и предотвращение возникновеия ССЗ является большой проблемой. Также эффективным методом профилактики появления ССЗ является определение сосудистого возраста.

Цель исследования. Определение сосудистого возраста у пациентов из популяционной выборки жителей Андижана с артериальным давлением (АД) выше 130 / 80 мм рт. ст. без сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе.

Материалы и методы. были отобраны 120 участников женского и мужского пола в возрасте 25–60 лет без сердечно-сосудистых осложнений в анамнезе, сахарного диабета и хронической болезни почек, с АД выше 130 / 80 мм рт. ст. Были выполнены антропометрия, взятие крови натощак для определения уровня липидов, глюкозы, креатинина, анализ мочи для определения экскреции альбумина с мочой и измерение АД согласно стандартным методикам. Риск развития фатальных инсульта и инфаркта миокарда в течение последующих 10 лет оценен по шкале SCORE. С помощью аппарата ангиоскан – 01 был определе сосудистый возраст. Расчетный сосудистый возраст был определен с помощью шкалы ASCORE.

Результаты: Средний возраст участников составил 51,5±6,0 года, среди которых было 72 (38,2 %) мужчины и 48 (61,8 %) женщин. Инструментальный и расчетный методы определения сосудистого возраста и раннего сосудистого старения имели низкую согласованность (к = 0,098).

Вывод: Сосудистый возраст является эффективным инструментом для стратификации риска развития сердечно-сосудистых осложнений врачом и повышения приверженности пациента, что особенно актуально для молодых пациентов и пациентов с отягощенной наследственностью. Определнение сосудистого возраста с помощью расчетного метода ASCORE более чувствительна к выявлению преждевременного старения сосудов, при этом она требует меньше финансовых и организационных усилий.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Батирова Б.Т., Султонов Г.И., Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К., Орипов Ш.Ю.,
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Поражение печени - одна из основных причин развития лекарственной непереносимости при туберкулёзе из-за ведущей роли этого органа в системе детоксикации. Частота токсических лекарственных препаратов составляет 4-16% осложнений медикаментозной терапии, она увеличивается с длительностью приёма препаратов. Лекарственный гепатит характеризуется диспептическим, болевым абдоминальным синдромом, гепатомегалией, иногда появляются иктеричность слизистых оболочек и склер, кожный зуд; продрома нехарактерна.

Преобладают воспалительный и цитолитический синдромы при умеренно выраженном холестатическом. Лабораторно выявляют повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, холинэстераз, реже - билирубина. При применении противотуберкулёзных средств возможно развитие молниеносного гепатита, механизм развития - иммуноаллергический и токсический.

Цель исследования. Определить частоту хронических заболеваний печени, социальные характеристики и клинические проявления ТВ у женщин, проживающих в Андижанской области.

Материалы и методы исследования: проанализирована медицинская документация (истории болезни и карты выбывших из стационара) 195 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, находившихся на лечении АОФД в 2021г.

Результаты исследования. Установлено, что заболевания печени регистрируются у 37(18%) женщин с впервые выявленным ТВ легких. Из них: вирусный гепатит С - у 15(78,5%), вирусный гепатит В - у 2(5,4%), токсическое поражение печени - у 20(54%). Клинические формы ТВ представлены: инфильтративным ТВ - у 25(67,5%), диссеминированным – у 6(16,2,%), фиброзно-кавернозным – у 2(5,4%), очаговым ТВ - у 4(10,8%) человек. Из них с бактериовыделением было 13(35,1%), с распадом легочной ткани – 12(32,4%). У 13(35,1%) пациенток выявлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) возбудителя.

Наибольший процент заболеваний печени выявлен у женщин в возрасте от 30 до 40 лет – 17(45,9%), реже встречалось поражение печени в возрасте старше 40 лет – 12(32,4%) и моложе 30 лет – 8(21,6%) пациенток. Социальный статус обследованных: безработные – 30(81%) работающие -7(19%), и 2(5,4%) пациентки имели статус «без определенного места жительства».

Выводы: ТВ в сочетании с хроническими гепатитами у женщин чаще встречается в среднем возрасте от 30 до 40 лет- 45,9%, преимущественно безработных -81% и характеризуется преобладанием более тяжелых форм ТВ и высоким уровнем МЛУ – 35,1%. Данная группа пациентов представляет собой группу высокого риска по неблагоприятному течению ТВ и нуждается в постоянном медицинском наблюдении и эпидемиологическом надзоре.

ОСОБЕННОСТИ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бейбалаева А.М, Кудаев М.Т., Гаджиева Т.А.
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы: сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему занимают лидирующее положение среди причин смерти взрослого населения России. Мужской пол считается значимым фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и широко распространено мнение, что мужчины испытывают постепенное снижение уровня тестостерона с увеличением возраста. В различных исследованиях по изучению вопросов старения мужчин установлено, что уровень тестостерона был самым высоким в возрасте около 30 лет, а впоследствии снижался со скоростью от 1 до 1,5% в среднем ежегодно. Это побудило многих исследователей искать потенциальную связь между уровнем тестостерона и ИБС. Несмотря на значительное число данных, подтверждающих негативный вклад андрогенного дефицита у мужчин в развитие и прогрессирование ИБС, имеется и противоположная точка зрения на данную проблему. Так, согласно объединенным данным обзоров F.C.Wu, A. Eckardstein и M. Muller с соавторами, в ряде научных работ концентрация андрогенов у пациентов с ИБС не отличалась от соответствующих показателей у здоровых мужчин. Противоречивость результатов научных исследований, посвящённых изучению значимости снижения уровня мужских половых гормонов в развитии ИБС, подтверждает актуальность дальнейшего изучения данной проблемы,

Цель данного исследования — определение уровня общего тестостерона в крови у мужчин, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование были включены 25 мужчин с ИМ, находившихся на лечении в инфарктном отделении Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи г.Махачкалы, в период с 1.01.2018г. по 31.12.2018. Средний возраст пациентов составил 56,2±10,4 лет. В группу контроля вошли 20 здоровых мужчин, средний возраст 55,5±9,24 лет. На всех больных заполнялась индивидуальная регистрационная карта пациента. Лабораторно-инструментальное исследование включало общий анализ крови и биохимические анализы - маркеры некроза миокарда, коагулограмму, исследование уровня глюкозы крови натощак, исследование липидного спектра - общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ). В соответствии с целью исследования проводилась оценка содержания общего тестостерона в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа в диапазоне референсных значений 3,5- 8,2 нг/мл.

Результаты. Концентрация общего тестостерона у мужчин, перенесших ИМ, составила 3,2±1,9 нг/мл, а мужчин контрольной группы 5,7±3,8 нг/мл.

Выводы. У мужчин, перенесших инфаркт миокарда, показатели общего тестостерона в крови были статистически значимо ниже по сравнению с контрольной группой здоровых мужчин.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ

Бектемирова Н.Т.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения катарактой страдают более 40 миллионов человек в мире. Ежегодно – производится до 10 млн. оперативных вмешательств по поводу катарактой. При обеспечении анестезиологического пособия в хирургической офтальмологии имеет огромное значение учет состояния офтальмотонуса, который находится в прямой зависимости от гемодинамики глаза, исследование которой имеет большое значение для изучения патогенеза и клинической картины многих заболеваний органа зрения, особенно глаукомы. Работы многих авторов (Берсенев С.В., Рылов П.М., Костарев С.Б., Комлев В.А. 2016; 2 (2): 56-57) свидетельствуют, что сосудистый фактор является одним из важнейших звеньев в механизме изменения ВГД. Уже на ранних стадиях болезни выявляются изменения сосудистого тракта. Тонометрия глаза — один из ведущих методов, используемых при обследовании больного с офтальмо патологией.

Цель исследования: Сравнительное изучение состояния микроциркуляции бульбарной конъюнктивы при применении различных местных анестетиков для проводниковой блокады при операциях по поводу катаракты.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии у 50 больных с диагнозом катаракта (приобретенная), оперированных под местной анестезией у гериатрических больных с высоким анестезиологическим риском. Больным в изучаемых группах были проведены следующее операции: экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ЭЭК+ИОЛ0, Тоннельная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы(ТЭК+ИОЛ).

Больных в зависимости от применяемого местного анестетика разделили на три группы. I группу составили больные, которым в качестве местного анестетика применяли 2 % новокаин, во II группе использовали 2 % раствор лидокаина и III группе для проведения проводниковой анестезии применили 0,5% раствор Бупивакаина.

Премедикацию проводили за 30-40 минут до операции. Для этого применяли анальгин 25-50% по 4 -2 мл, димедрол 1% по 1-2 мл, дроперидол из расчета 20 мкг/кг, диазепам – 0,2 мг/кг. Ретробульбарную блокаду во всех изучаемых группах проводили по методике Дж. Морган, С. Михаил.

Телевизионную капилляроскопию бульбарной коньюктивы проводили люминесцентным микроскопом типа «Люмам ИЗ» с фотонасадкой ОЛК-2 в комплекте с телевизионным капилляроскопом ТМ-1 и телевизионным цифровым анализатором параметров микроциркуляции (МЦ), соединенным с персональным компьютером IBM PC/AT. Для количественной оценки параметров микроциркуляции (МЦ) использован телевизионный цифровой анализатор. Он осуществляет цифровое преобразование поступающего видеосигнала с телевизионного датчика. Полученные данные обрабатывались на компьютере. Определяли: величину диаметра сосудов артериолы, капилляры, венулы (мкм); скорость кровотока в сосудах (мм/сек); артерио-венулярный коэффициент сопряженных сосудов.

Собственные исследования и их обсуждение. Анализ результатов калиброметрии в обследованных подгруппах показал, что после местной блокады изучаемыми анестетиками отмечается расширение спазмированных артериол, увеличение диаметра капилляров, нарастание скорости кровотока в капиллярах и повышение артерио-венозного коэффициента.

Если после новокаина расширение спазмированных артериол было на 47,8%, после лидокаина на (56,6%) соответственно, то под воздействием бупивакаина диаметр артериол увеличился почти в 2 раза (96,9%).,

Увеличение диаметра капилляров после новокаина и лидокаина составило на 31,3% - 32,8% соответственно. После бупивакаина - 42,8%

Проведенные исследования показали, что изменения в венозной части были незначительными - практически не менялись. Это мы объясняли тем, что в исходных данных диаметр вен был увеличенным на 14,2; 13,5 и 13,7 мкм от нормы соответственно в исследуемых группах. Это свидетельствовало о венозном застое у наших больных, на что указывало снижение кровотока в них и в целом глазу. Это, на наш взгляд, объясняется органическими изменениями в сосудах, которые связаны с возрастными особенностями изучаемых больных, имеющейся офтальмологической патологией.

Скорость кровотока после анестезии увеличилась во всех исследуемых группах, но не в равной степени. Она была более выражена в группе, где анестезия проводилась бупивакаином – увеличение в 2 раза. (51,0%)

Артерио-венозный коэффициент повысился после новокаина на 45,7%, лидокаина - 55,8%, бупивакаина на -76,4%

Выводы. Скорость тока крови после анестезии улучшалась во всех группах, но более выражена в группе, где анестезия проводилась бупивакаином – увеличение в 2 раза. Таким образом ретробульбарная

анестезия бупивакаином способствует снижению тонуса резистивных сосудов и увеличение скорости кровотока в глазу. Увеличение артериального притока крови, приводящего к снижению исходного венозного стаза, что свидетельствует о благоприятном действии бупивакаина на микроциркуляцию глазного яблока

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ.

Бобоев К.Т., Мусашайхова Ш.М., Каримов Х.Я.
Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Диагностика и лечение эссенциальной тромбоцитемии является актуальной проблемой современной гематологии. За последнее время интерес к эссенциальной тромбоцитемии вновь возрос, несмотря на то, что эта патология являются относительно редким заболеваниям системы крови. Они поражают преимущественно лиц зрелого и пожилого возраста, но в то же время, нередко встречается и в молодом возрасте; отмечается тенденция к увеличению частоты диагностики эссенциальной тромбоцитемии.

Цель и задачи исследования. Выявить клинико-лабораторные особенности и определить современный подход к диагностике и лечению эссенциальной тромбоцитемии.

Материалы и методы исследований. Представлен опыт в диагностике и лечении эссенциальной тромбоцитемии в клинической практике.

Полученные результаты и их обсуждение. Во многих случаях эссенциальная тромбоцитемия диагностируется случайно, исследуя общий анализ крови по поводу других показаний. Симптомы связаны с тромбами в микроциркуляции: парестезии дистальных частей конечностей, эритромелалгия, головные боли и головокружение. Тромбоз крупных сосудов (самое частое осложнение): артериальные (острые коронарные синдромы, инсульт, синдром Бадда-Киари, тромбоз воротной вены). Кровотечения из слизистых оболочек и желудочно-кишечного тракта, вызванные дисфункцией тромбоцитов крови, встречаются особенно у больных с количеством тромбоцитов крови >1–1,5 млн/мкл, у которых может развиться приобретенный синдром Виллебранда. У 10–15 % пациентов встречаются как тромботические, так и геморрагические осложнения. Умеренное увеличение селезенки у 10–15 % больных.

Дополнительные методы исследования

1. Общий анализ периферической крови: увеличенное число тромбоцитов, неправильные форма и размер; количество лейкоцитов и концентрация гемоглобина находятся в пределах нормы либо увеличены. 2. Аспирационная биопсия и трепанобиопсия костного мозга. 3. Молекулярно-генетические исследования: у 90 % больных 1 из 3 драйверных мутаций: мутация гена *JAK2* (у 55 – 60%), мутации гена *CALR* (20 – 25%), мутации гена TP53 (у 3 – 4%). У 10 – 15 % больных отсутствуют вышеупомянутые молекулярные изменения («втройне отрицательные»).

Выбор метода лечения зависел от наличия факторов риска тромботических осложнений (возраст >60 лет и тромботическое осложнение в анамнезе). В группе с низким уровнем риска (без факторов риска) использовали ацетилсалицилиловую кислоту без циторедуктивной терапии, а в группе высокого риска также циторедуктивное лечение (гидроксимочевина изначальная доза 15 мг/кг/сут.); анагрелид, изначально 1,5–2 мг/сут, поддерживающая доза в зависимости от числа тромбоцитов; интерферон-α изначальная доза 3–5 млн ЕД/сут подкожно.

Заключение. Своевременный и правильный подход к диагностике эссенциальной тромбоцитемии позволит целенаправленно и патогенетически обоснованно наметить и провести в полном объёме лечебные мероприятия, что позволит избежать развитие тяжёлых осложнений заболевания и снизить тем самым летальность пациентов при этой тяжёлой патологии.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Смертность от клинически явной хронической сердечной недостаточности как минимум в 2 раза превышает смертность от онкологических заболеваний. Распространенность и показатель

выявляемости хронической сердечной недостаточности (ХСН) увеличивается с возрастом, а практически удваивается с каждым 10-летием жизни после 45 лет. В возрастной группе 25-34 года этот показатель равен 0,02 случая на 1000 населения от 45 до 54 лет составляет 2,1. В возрасте 75-84 года повышается до 54 случаев на 1000 населения.

Цель. Целью исследования явилось изучение качества оказываемой медицинской помощи больным с НК в условиях семейной практики.

Задачи. 1. Выявить структуру хронической сердечной недостаточности (ХСН) среди населения участка.

2. Проанализировать тактику ведения больных с ХСН на данном участке.

3.Оценить качество жизни больных ХСН с помощью анкетирования.

4. Разработать практические рекомендации для улучшения тактики ведения больных в условиях семейной поликлиники на основании выводов.

Материалы и методы. Ретроспективное изучение 50 случайно отобранных амбулаторных карт из числа диспансерно наблюдаемых больных с сердечно-сосудистой патологией. Проведение анкетирования больных для определения качества жизни.

Выводы. При ретроспективном анализе амбулаторных карт показали, что на 1-м месте среди причин, приводящих, к развитию НК стоит - ИБС (76%), на 2-м месте – гипертоническая болезнь (12%), на 3-месте – ревматизм (6%) и на 4-месте – кардиомиопатия (4%). Мужчин составили 54%, а женщин 46%. С увеличением возраста прогрессирует стадия НК. В условиях семейной практики лишь 20% больных получают лечение, включающее препараты традиционной схемы лечения НК и 80% больных получают препараты из групп, не являющихся основными в лечении НК или принимает крайне нерегулярно. Качество жизни больных с НК низкое и очень низкое, что связано с неполным охватом лечебными мероприятиями больных и, возможно, низким социальным уровнем жизни, не позволяющим получать необходимое лечение.

Практические рекомендации. Использовать в работе семейного врача, предложенные нами метод анкетирования, с помощью которого можно выявить ХСН на более ранних стадиях.

Врачам общей практики уделить особое внимание качеству жизни больных, которое можно определить при помощи 2-го раздела анкеты. Анкета проста, удобно в применении и не требует особых финансовых затрат.

Всем семейным врачам придерживаться рекомендациям современных традиционных схем лечения ХСН, так как по данным наших исследований большой процент не получали соответствующее лечение, что способствовало снижению качества жизни больных и прогрессированию заболевания.

Усилить контроль семейных врачей за больными ХСН, а именно своевременностью и регулярностью приема лекарств, обеспеченностью ими, длительностью и результатами проводимой терапии.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Постоянные эмоциональные переживания, умственное напряжение, статистические нагрузки - отрицательные профессиональные факторы, из-за которых медиков часто ошибочно воспринимают как офисных сотрудников. Результаты недавнего медосмотра среди врачей города Андижана утверждают: только 1% из них – в полнее здоровы. Это один врач из сотни. Вот перечень угроз, которые ждут их ежедневно, еженощно, в выходные и праздники:

1. Стресс.
2. Болезни сердца и сосудов.
3. Инфекционные заболевания.
4. Другие профессиональные болезни.

Цель работы. Изучение отношение врачей к собственному здоровью.

Материал и методы. Методом добровольного анонимного анкетирования были опрошены 58 практикующих врачей педиатров, терапевтов и гинекологов семейных поликлиник Ферганской долины.

Результаты. Среди 58 опрошенных, 22 врача (38%) были женщины, в возрасте от 38 до 52 лет, и 36 врачей (62%) – мужчины, в возрасте от 25 до 57 лет. Средний стаж работы составил от 2 лет до 31 года. Анализ полученных данных показал, что 67% (39 врачей) никогда не уделяют времени физической активности или делают это крайне редко. 59% респондентов (34 врача) не соблюдают режим труда, отдыха и сна. Исследование выявило, что 67% - 39 человек из числа работающих в поликлинике врачей, не знают свои уровни холестерина и сахара крови. Только 42% (24 врача), принявших участие в анкетировании, признались, что имеют вредные привычки, из которых 28% (16 врачей), отметили, что курят сигареты, а

14% (8 докторов) признались, что принимают алкоголь. По результатам опроса, стараются питаться рационально 38% (22 врача), а 62% (36 докторов) либо никогда не придают значения степени полезности принимаемой пищи, либо делают это очень редко. Для купирования психоэмоционального стресса 16% врачей (9 врачей) принимают антидепрессанты, а 17% (10) врачей, признались, что принимают алкоголь.

Выводы. Большинство опрошенных врачей не уделяют достаточного внимания сохранению собственного здоровья, недооценивают роль здорового образа жизни для укрепления своего здоровья, проявляют слабую медицинскую активность.

ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бойқўзиева М.Б., Усмонова Я.Ғ.
Андижон давлат тиббиёт институти
Оила шифокорларини малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, соғлиқни сақлашни бошқариш ва жамоат саломатлиги кафедраси

Муаммо долзарблиги: Ҳозирги кунда бутун дунёда долзарб муаммолардан бири бу жигарнинг алкогол таъсирида зарарланиши ва жигар циррозидир. Ривожланган мамлакатларда жигарнинг алкогол таъсирида зарарланишида 35-60 ёшлилар ўртасидаги ўлим сабаби жигар циррозига тўғри келади. Бутун дунёда ҳар йили 40 млн. одам жигар циррозидан вафот этади.

Мақсад: Аҳоли орасида алкоголли гепатитни эрта аниқлаш, ҳамда жигар циррози натижасида ривожланадиган ногиронлик ва ўлимни камайтириш.

Вазифалар: 1. Беморларнинг карталарига асосланиб, ретроспектив баҳолаш. 2. Беморларнинг объектив текшириш натижасида клиник баҳолаш; 3.Асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар ҳолатини аралашувдан кейин проспектив баҳолаш; 4.Асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда даволаниш мобайнида олинган натижаларга суяниб клиник самарадорликни аниқлаш.

Натижа: Назоратдаги ҳудудимизда, назоратга олинган 40 нафар бемордан 20 нафари мукаммал даволанишга розилик берди. 11 нафари даволанишга иқтисодий жиҳатдан тўлиқ даволана олмаслигини таъкидлади, 9 бемор спиртли ичимлик ичмасдан юришга ваъда берди. 40 нафар бемордан 20 нафари асосий ва 20 нафари назорат гуруҳига ажратиб олинди. Асосий гуруҳдагиларда даво муолажаси бошланди, 10нафар беморда яхшиланиш тез бўлди. Назорат гуруҳидан 20 нафар бемор даволанмасдан, 11 нафари спиртли ичимликлар истеъмол қилмасдан парҳезда бўлди ва аҳволи яхшиланиб клиник белгилари йўқолганлиги кузатилди. 9 нафар бемор иродасизлиги туфайли спиртли ичимликлар ичишни давом эттирди ва улардан бири жигар циррози, 5 нафари сурункали алкаголли гепатит билан оғриб «Д» ҳисобга олинди. Энг аввало аҳоли ўртасида буклетлар ёрдамида тарғибот ва ташвиқот ишлари олиб борилиб, спиртли ичимлик истеъмол қилиш камайишига эришилди, бу билан биргаликда «Алкоголлик гепатит» ва «Жигар циррози» мавзуларида маърузалар ташкил қилинди.

Спиртли ичимлик ичувчилар ўртасида жигарнинг инсон организмидаги ролини буклетлар ва тарғибот ишлари билан тушунтириш катта аҳамият касб этди, бу билан биргаликда жигар циррози билан ногиронликка чиқиш ва ўлим 2012 йилга нисбатан 2012-2013 йилларда камайтиришга эришилди. УТТ натижалари бўйича: 20 нафар бемор даволанишдан сўнг, 19 нафарида катталашган жигар ҳажмининг кичрайишига эришилди. Кўриниб турибдики, даволанишдан сўнг асосий гуруҳдагиларда клиник белгилар йўқолиб, лаборатория кўрсаткичлари яхшиланди.

Хулоса: Жигарни алкоголли зарарланиши ва жигар циррози олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар ўз натижасини берди. Назорат гуруҳига нисбатан асосий гуруҳдаги беморларни ҳаёт сифати яхшиланди, шахсий ҳаёти йўлга қўйилди, ишлаш қобилияти тикланди, ишдаги самарадорлиги ва мавқеи ошди. Асосий гуруҳдаги беморларда алкоголли гепатит ва жигар циррози касалликлари олди олинди, шу билан биргаликда жигар циррозидан ногиронликка чиқиш ҳамда ўлим сони камайди. Энг асосийси даволанган беморларни оиласида барқарор муҳит тикланиб, бир неча беморларнинг аёллари келиб, ўз миннатдорчилигини билдирдилар, бу беморларнинг ҳаёт сифати меъёрий оқимга тушганлигини билдиради. Назорат гуруҳидаги 20 нафар бемордан 8 нафари сурункали гепатит, 2 нафари жигар циррози касаллиги билан касалланганлиги қайд қилинди, ҳамда жигар етишмовчилиги билан ногиронликка ўтказилди.

Тавсиялар: 1.Алкоголли гепатит ва жигар циррози кейинчалик қандай оқибатларга олиб келиши беморларга кенг кўламда тушунтириш. 2. Беморларга руҳий таъсир этиб, спиртли ичимликларни истеъмол килмаслигига эришиш. 3. Режали даволашни кенг йўлга қўйиш. 4.Жигар ҳужайраси менбраналарини тикловчи дори-дармонлардан, яъни Эссенциал фосфолипидларнинг янги авлодларидан кенг кўламда фойдаланиш.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В СВП

Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Цель работы. Оценка проведения мониторинга роста и развития детей до 5 лет в условиях сельского врачебного пункта (СВП) после обучения врачей и медсестер в Андижанской области.

Материалы и методы. Анализ внедрения мониторинга роста и развития детей до 5 лет проводили по амбулаторным картам для выявления записи проведенного измерения роста и веса; оценки развития и диспансерного наблюдения за детьми с отставанием в росте и развитии. Для оценки знаний и навыков по измерению роста и веса среднего медицинского персонала был применен вопросник. Определение уровня информированности матерей о необходимости регулярного измерения роста и веса и оценки развития детей проводили по вопроснику для матерей.

Методы исследования. Анализ 143 амбулаторных карт (Ф.112/у) показал, что 58% из них содержат кривые роста и развития, но только в 46% картах проводилась регистрация физического развития. 58% детей до 5 лет были приглашены в СВП патронажными медсёстрами для измерения роста и веса. Были выявлены 17% детей с отставанием в росте и развитии, они все были взяты на диспансерный учёт. Анализ вопросника для среднего медицинского персонала показал, что из 28 опрошенных медсестер, 75% обучались мониторингу роста и развития детей. Они владели навыками измерения роста и веса детей в СВП и на дому. Но только 55% медсестёр умели вычислять индекс массы тела (ИМТ) и масса-ростовой индекс (МРИ). 67% медсестер правильно проводили регистрацию роста и развития ребенка в графиках мониторинга. Анализ 75 вопросников для матерей показал, что 60% опрошенных мам были информированы о необходимости регулярного измерения веса и роста и оценки психомоторного развития ребенка. 62% матерей знали о введении прикорма с 6 месяцев, 52% матерей знали рост и вес своего ребёнка.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что не во всех амбулаторных картах имелись кривые роста и развития, только в половине из них проводилась регистрация физического развития ребенка. Не все медсестры СВП были обучены мониторингу, а среди обученных только половина из них умела вычислять ИМТ и МРИ у детей и отмечать графически показатели роста и веса на кривых. Информированность матерей оказалась не на должном уровне, хотя во время семинаров для медсестер, особое внимание было уделено вопросам работы с родителями детей. Но не все матери знали о введении прикорма и рациональном питании детей. Половина из опрошенных матерей не знали рост, и вес своего ребенка, не были информированы о необходимости регулярной оценки развития своих детей. Следовательно, врачи и патронажные медсестры не достаточно проводят работу с родителями в семье, не предоставляют необходимую информацию о росте и развитии детей. Врачи не контролируют работу медсестер, грамотность заполнения и ведения медицинской документации в СВП.

Заключение. Таким образом, для улучшения качества проведения мониторинга роста и развития детей до 5 лет необходимо осуществить следующие мероприятия:1. Обучить всех медсестёр СВП навыкам измерения роста и веса, расчёта ИМТ и МРИ, регистрации результатов на кривых мониторинга роста и развития.

2. Усилить контроль со стороны врачей СВП за работой медсестер по регистрации результатов антропометрии на кривых роста и развития.

3. Улучшить информированность матерей в необходимости контроля веса, роста и психомоторного развития ребенка, о значимости своевременного введения прикорма и рациональном питании для формирования здорового поколения.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Цель работы. Изучить факторы, способствующие развитию дисбактериоза у новорожденных и разработать практические рекомендации семейному врачу.

Материалы и методы. Проводилось наблюдение за 275-ю новорожденными, страдающими расстройством стула, обратившимися за помощью в период с январь месяца 2020 по январь 2021годов. Выявлялись клинико-анамнестические данные, проводилось лабораторное обследование: рутинные анализы(гемограмма, общий анализ мочи, копрограмма), бактериологические посевы: посев кала на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты. Проведённый анализ анамнестических данных новорожденных выявил, что их матери (61,3% случаев) перенесли инфекционно-воспалительные заболевания до или во время беременности и применяли антибиотики. Большую группу(36,7%) составили матери, имевшие какие-либо отклонения в родах: кесарево сечение, преждевременное излитие околоплодных вод, родовые травмы и другие. Наличие патологии в родах могло способствовать рождению детей в тяжёлом состоянии и, как следствие, к позднему прикладыванию к груди(29,8% случаев), играющему большую роль в заселении нормальной флорой стерильного кишечника новорожденного. Одним из факторов, приводящих к изменению биоценоза кишечника у ребёнка является длительность пребывания его в родильном доме, шесть дней и более находились в родильном доме 23,7% из обратившихся новорожденных. Несколько меньшее количество случаев составили такие факторы, как физиологическая незрелость моторной функции кишечника(20,5%) и наличие малых гнойничковых инфекций(11,0%).

Выводы. Тактика врача должна быть направлена на лечение инфекционно-воспалительных заболеваний матери до беременности, во время беременности по возможности отказаться от применения антибиотиков. Раннее прикладывание к груди стимулирует также лактацию и предупреждает гипогалактию. Тщательное наблюдение за характером стула, аппетитом, массой тела поможет врачу избежать заболевания или вылечить на ранних стадиях.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП

Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М.
Андижанский государственный медицинский нститут
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Процесс оказания медицинской помощи должен постоянно совершенствоваться, поэтому требует оценки и анализа совершаемых действий, разработки и внедрения мероприятий по повышению качества. Проблема профилактики рахита актуальна для нас и её возможно разрешить в условиях сельского врачебного пункта (СВП), что приведёт к уменьшению количества детей с рахитом, а значит позволит снизить и заболеваемость среди них.

Цель. Улучшить качество оказания медицинской помощи детям до 1 года в профилактике рахита в течение 6 месяцев.

Задачи.

1. Улучшить информированность матерей о заболевании рахит, его профилактику и процесс обучения матерей по предотвращению развития рахита.
2. Улучшить процесс ведения детей до 1 года и процесс профилактики рахита среди них.

Методы. При проведении причинно-следственного анализа было выявлено следующее: оказалось, что в СВП недостаточное количество информационного материала по рахиту (буклеты, стенд, учебные материалы), необученность медицинского персонала правильному проведению профилактики рахита, соответственно недостаточная информированность матерей о значении витамина D для здорового роста ребёнка, непостоянное количество витамина D в аптеке СВП. В связи с этим нами были разработаны стандарты и индикаторы, которые мы проверяли методом анализа административной и клинической документации, оценки знаний и навыков, в соответствии с разработанными нами оценочными листами, и вопросниками, для матерей.

Результаты. После вмешательства обучив медперсонал, на основании разработанного нами стандарта, мы дополнили и систематизировали их знания в отношении профилактики рахита и тем самым повлияли на другое звено в этом процессе — это правильное информирование и обучение матерей. Если до вмешательства только 29% медработников получили максимальный балл по оценочному листу, то после обучения этот показатель составил 86%. В каждом кабинете, где идёт приём детей, имеется информационный материал, как для медработников, так и для матерей о заболевании рахит и его профилактике. Также, наши вмешательства в процесс ведения документации, консультирования и обучения матерей, улучшили этот процесс. Если до вмешательства этот показатель составлял 13%, то после вмешательства он составил 87%.

Выводы. Воздействуя на необходимые звенья данного процесса, нам удалось его улучшить не затрачивая дополнительных средств. Достигли мы этого благодаря работе в одной команде, повышая уровень знаний не только матерей, но и самого медперсонала, обучая его также навыкам правильного консультирования.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Цель работы. Изучить влияние различных социально-биологических факторов на индекс здоровья детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 200 амбулаторных карт детей I-ого года жизни семейной поликлиники №3 г.Андижан, откуда взяты в разработку данные о возрасте матери, её социальном положении, образование, течение беременности и родов, сопутствующие соматические заболевания. Все дети разделены на 3 группы в зависимости от вида вскармливания. I-ую группу составили 135 детей (67,5%), находившихся на естественном вскармливании, из них 85 детей ни разу не болели до года, 40 детей болели; II-ую группу составили 35 детей(17,5%), находившихся на искусственном вскармливании, из них 10 не болели, 25 болели; III-ю группу составили 30 детей(15%), находившиеся на смешанном вскармливании, из них 17 детей не болели, 13 детей болели.

Результаты. По полученным нами данным можно отметить, что дети, родившиеся от беременности, протекавшей с токсикозом во II половине, на фоне анемии, бактериальных и вирусных заболеваний, рождённые с применением инструментальных вмешательств, а также оценка по шкале Апгар при рождении ниже 7 баллов, были более ослабленными и все эти факторы оказывали влияние на заболеваемость ребёнка на первом году жизни. Результаты исследования также показали, что на первом году жизни среди неболевших детей чаще были дети от матерей в возрасте 18-25 лет, имевших среднее образование. Матери с высшим образованием, имея более высокую санитарную культуру, чаще обращаются к врачам по поводу незначительного заболевания, что определённым образом влияет на показатель индекса здоровья, приводя его к снижению.

Выводы. Индекс здоровья является важным показателем оценки здоровья детей и качества профилактической работы центров здоровья. Колебания его в ряде случаев зависят не только от качества постановки работы по медицинскому обслуживанию детей, но и от различного подхода врачей к понятию «здоровье ребёнка».

К ЦЕНТИЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ

Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Одним из ведущих критериев здоровья детей и подростков является уровень физического развития - ФР. Для оценки ФР (масса, длина тела и др.) детей и подростков и их сравнивания со статистическими половозрастными средними величинами используются преимущественно два способа–параметрический (сигмальные, регрессионные) и непараметрический – центильный. Задачей настоящего исследования явилась разработка новых стандартов центильных шкал основных показателей физического развития школьников г.Андижан в возрасте 12-16 лет.

Материалы и методы исследования. Методом случайных чисел по таблице Бредфора обследованы 1919 учащихся V-IX классов (12-16 лет) общеобразовательных учреждений г. Андижан. Соотношение мальчиков – 960 (50,1%) и девочек – 959 (49,9%) были сопоставимыми. Каждая возрастно-половая группа по количеству были равноценными (не менее 200 детей). Изучение основных показателей (масса, длина тела, окружность головы и груди) проводилась с точностью ± 0,5 см, ± 0,1 кг, стандартными методами и общепринятыми критериями для проведения исследования – функциональные группы здоровья I-II и отсутствие случаев острых заболеваний в последние три недели.

Результаты исследования и их обсуждение. В нашей работе для характеристики центильных шкал показателей ФР школьников использован расширенный вариант шкалы Стьюарт, предусматривающий выделение семи фиксированных центилей: 3-й, 10-й, 25-й, 50-й, 75-й, 90-й и 97-й. Нам представляется, что разработанные стандарты центильных шкал ФР детей и подростков различного возраста и пола позволяет определить возрастные закономерности их роста и развития, выявить влияние на здоровье экзо- и эндогенных факторов, учет которых позволяет очертить круг региональных профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий по коррекции нарушений физического развития подрастающего поколения.

Выводы. 1. Непараметрический (центильный) способ оценки физического развития детей и подростков отличается своей простотой и удобством в применении, строго отражает отклонения антропометрических данных.

2. Данные показателей физического развития, полученные путем центильных методов можно использовать как при одномоментных, так и проспективных исследованиях детей и подростков для создания программ первичной профилактики по коррекции питания и здоровья растущего организма.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА МАСТОПАТИЯГА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР ЎТКАЗИШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Бойқўзиева М.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти
Оила шифокорларини малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, соғлиқни сақлашни бошқариш ва жамоат саломатлиги кафедраси

Мавзунинг долзарблиги: Статистик маълумотларга кўра, жаҳоннинг барча мамлакатларида кейинги йилларда ўсма касалликлари ОИВ/ОИТС каби тез ва шиддатли равишда ўсиб бормоқда. Бунинг сабабларини олимлар турли назариялар билан тушунтиришга ҳаракат қилишсада, тўлалигича аниқ фикрга келишгани йўқ. Бунинг сабаблари деб экологик бузилишлар, ёшнинг ошиб бориши ва бошқа сабабларни илгари суришмоқда. Ўсма касалликлари ЖССТ маълумотларига кўра, касалликлардан ўлим сабаблари орасида 2-ўринни (юрак-қон томир касалликларидан кейин) эгаллайди.

Максад: 6 ой давомида оилавий поликлиника шароитида 30-50 ёшдаги аёллар ўртасида мастопатияни эрта даволаш ва асоратларининг олдини олиш мақсадида касалликни эрта аниқлаш ишлари сифатини 30% га ошириш.

Вазифалар: 1.Оилавий поликлиникага мурожаат қилган аёлларда мастопатиянинг учраш частотасини аниқлаш ишлари сифатини ошириш. 2.Аёллар ўртасида мастопатиянинг хавф омилларини аниқлаш ишлари сифатини ошириш. 3.Аёлларнинг ўз сут безини мустақил текширишга ўргатиш ишлари сифатини ошириш

Материал ва услублар: Текшириш ишларимиз 3-оилавий поликлиника ҳудудида олиб борилди. Текширишларимизда ретроспектив усулда онкологик касалликларнинг тарқалиш даражасини ўргандик. Бунинг учун қуйидаги ҳужжатлардан фойдаландик: беморларнинг амбулатор карталари Ф-025/У; беморларнинг диспансер назорати картаси Ф-030/У; даҳалар паспорти; аҳоли рўйхати журнали; онкологик касалликлардан проспектив усулда энг кўп учрайдиган сут бези ракини скрининг текшириш усулларини 128 нафар турли ёшдаги аёллар орасида аниқлаб чиқдик ва олинган натижаларни оилавий поликлиника ҳужжатларидаги маълумотлар билан таққосладик. Сут бези ракига шубҳа туғилган беморларни вилоят онкологик диспансерига йўлланма орқали юбордик.

Олинган натижаларни статистик усулда анализ қилиб, хулосалар чиқардик.

Натижа ва хулоса: 30-50 ёшдаги текширилган 100 нафар аёлдан 24 нафарида мастопатия аниқланди. Ўзини мустақил текшириш самараси биз ўқитган аёллар ичида 12% ни ташкил қилди. Ҳамма 36 нафар аёлларда қуйидаги хавф омиллари аниқланди:

1. Иккиламчи бепуштлик
2. Тез-тез тиббий абортлар
3. Аёллар жинсий аъзолари сурункали яллиғланиш касалликлари
4. Мастит ўтказгани
5. Норегуляр жинсий ҳаёт
6. Ҳайз циклининг бузилиши
7. Фарзандини кўкрак сути билан боқмаганлар

Мастопатияни эрта ташхислашга аёлнинг ўзи мустақил текшируви ёрдам берди ва эрта аниқланишини оширди. Текширувимиз шуни кўрсатдики, мастопатиянинг учраши ёш ўтган сари кўпайиб борар экан ва энг кўп 40 ёшдан ошган аёлларда учраши аниқланди. Шундай қилиб, мастопатияга хавф гуруҳида турадиган 40 ёшдан ошган аёллар оила шифокори назорати остида туриши керак. Мастопатияга шубҳа қилинган аёллар сут бези ёмон сифатли ўсмаларини истисно қилиш учун маммолог консультациясига жўнатилади.

Тавсиялар: 1. Мастопатияни аниқлаш учун умумий амалиёт шифокорлари аёлларда профилактик кўрикни ўтказиб туришлари керак:

- 3 йилда 1 марта – 30-30 ёшли аёллар
- 1 йилда 1 марта – 40-50 ёшли аёллар

2. Мастопатия ривожланиш хавф омилини камайтириш мақсадида аёллар ўртасида тушунтириш ишларини олиб бориш

3. Аёлларга сут безини ўзи мустақил текширишга ўқитиш.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Последние годы увеличилось число детей с избыточной массой тела. Новые нормы свидетельствуют о том, что в основе разного роста детей в возрасте до 5 лет лежат, в большей степени, факторы питания, практики кормления, окружающей среды и охраны здоровья, чем генетические и этнические причины.

С помощью новых стандартов родители, врачи будут знать, когда потребности детей в питании и охране здоровья не удовлетворяются. Теперь можно будет на ранних стадиях выявлять недостаточность питания, избыточный вес, ожирение и другие состояния, связанные с ростом детей, и принимать надлежащие меры.

Цель работы. Разработать профилактические мероприятия для предотвращения развития ожирения у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследованы 52 ребёнка раннего возраста(от 2-х месяцев до 3-х лет), у которых отмечалась избыточная масса тела от 10% до 20%, состоящих на учёте в семейном поликлинике №3 г.Андижан. Детей до 1-ого года было 29 (55,7%), 23 детей (44,2%) – старше года. Мальчиков было 31 (59,6%), девочек – 21 (40,4%). Проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт развития детей с более подробным исследованием вопросов, касающихся питания и режима матери во время беременности, вопросов питания ребёнка, прибавки массы тела и роста ребёнка.

Результаты. Полученные данные показали, что большинство мам (27, 84,4%) во время беременности питались нерационально, в рационе у них преобладали продукты с большим содержанием углеводов. Результатом нерационального питания во время беременности явилось то, что из 52 обследованных детей 22(42,3%) родились с массой тела более 3800-4000 гр. Часть родителей мало интересовались вопросами правильного питания и развития ребёнка, лишь 34,5% женщин систематически следили за развитием своих детей, а около 40% матерей не знали показателей роста и массы тела ребёнка, упуская возможность своевременной коррекции имеющихся нарушений питания. Проанализировав виды вскармливания детей на первом году жизни, мы выявили, что среди обследованных детей 16(30,7%) находились на естественном, 31(59,6%) – на смешанном и 5(9,6%) на искусственном виде вскармливания.

Выводы. Профилактику развития ожирения у детей необходимо начинать ещё до рождения ребёнка во время патронажа беременной. После рождения ребёнка необходимо настойчиво пропагандировать естественное вскармливание, т.к. ребёнок сам регулирует необходимое количество пищи, и при наличии достаточного количества молока у матери ему не угрожает ни перекорм, ни недокорм. Питание кормящей матери должно быть рациональным. При вскармливании детей искусственными смесями не допускать избыточной дозировки порошка и приготовления очень концентрированной смеси. Своевременно вводить в рацион прикормы. Стимулировать активный образ жизни необходимо начинать с момента рождения (свободное пеленания, массаж, гимнастика, закаливание). Необходимо систематически проводить контроль физического развития ребёнка по стандартным кривым роста. При возникновении риска развития ожирения необходимо откоррегировать питание.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «БИФОЛАК ЦИНКУМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ

Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Проблема часто и длительно болеющих детей является одной из наиболее актуальных и нерешённых проблем в педиатрии. Значительный удельный вес (80-85%) среди часто болеющих детей приходится на рецидивирующие респираторные заболевания.

Цель работы. Изучение влияния препарата «Бифолак цинкум» на формирование иммунитета у детей в возрасте от 1-6 лет.

Материалы и методы. Все дети были разделены на 2 группы: 1 группу составили 44 (62,8%) ребенка, которые в первые 7-10 дней от начала вирусной инфекции получали препарат Бифолак цинкум и 2 группу 26 (37,1%) детей, которые не получали препарат цинка. Дозировка бифолак цинкум детям с первого года жизни до 6 лет по 1 пакетика 2,3 раза в день не зависимо от приёма пищи. Продолжительность курса лечения составила 24 дня.

Результаты. Оценка эффективности проведенного исследования проводилась по следующим критериям: частота случаев различными формами острого респираторного заболевания (количество случаев за наблюдаемый период), субъективная оценка больных, эффективности проведенной терапии в баллах (1–отлично–проявлений болезни не было; 2–хорошо– самочувствие значительно улучшилось, заболевание проявлялось реже, чем в предыдущие годы; 3–удовлетворительно– улучшилось самочувствие, болезнь субъективно протекала легче). В нашем исследовании мы наблюдали, что дети получившие бифолак цинкум стали меньше болеть в 3,6 раза, у них повысился тонус, аппетит, стали более активнее. Уменьшилось количество вирусных и бактериальных заболеваний и обострений хронической патологии лор органов. Выяснение частоты, характера осложнений обследованных показало, что среди детей, получавших традиционное лечение (вторая группа), частота регистрации тех или иных осложнений острой респираторной инфекции в виде острого бронхита, отита, обострения хронического тонзиллита, бронхопневмонии и других составила 80,7% (у 21 из 26 пациентов). В то же время у больных первой группы, которые получали Бифолак цинкум, подобные осложнения отмечены лишь в 7 из 44 случаев (10%), что оказалось в 1,6 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем у пациентов группы сравнения. Но из этой группы детей, которые не получили полный курс лечения танзилгоном, болели вирусной инфекцией, но в более легкой форме и продолжительность их уменьшилась в 2 раза. У детей, которые не получили лечения препаратом танзилгон, заболевание протекало тяжелее, с переходом в осложнения.

Вывод: Использование препарата Бифолак цинкум в качестве иммунопотенцирующего средства позволяет в 6 раз сократить число эпизодов вирусных и бактериальных заболеваний и способствует раннему формированию иммунитета против вирусных и бактериальных инфекций.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТА ДЕНВЕРА

Бойкузиева М.Б.
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Отклонения в психомоторном развитии за последние годы становится одной из актуальных проблем. 12% детей отстают в психомоторном развитии, большой удельный вес составляют дети в возрасте с 1 мес до 6 лет. Из-за недостаточности речевого развития и незрелости отдельных высших психических функций дети не могут полностью усвоить программу дошкольных и школьных учреждений.

Цель. Повышение качества оценки психомоторного развития детей до 6 лет на 30 % в течении 6 месяцев в многопрофильном центральном поликлинике города Андижан, путем внедрения скрининг теста Денвера.

Задачи. 1. Изучить уровень информированности врачей методами оценки нервно- психического развития детей. 2. Провести занятия по адаптированной методике оценки развития Денвера с врачами. 3. С помощью скрининг - теста оценки развития Денвера выявить детей с различными по характеру отклонениями в нервно- психическом и речевом развитии.4.Опрос матерей о необходимости и важности регулярного проведения оценки психомоторного развития детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось с августа по январь месяцы 2017-18 года на базе 2-участков многопрофильной центральной поликлиники №3 города Андижан. Обследованы были 315 детей. Для оценки нервно-психического развития был использован скрининг тест оценки развития Денвера. Денверовский тест высокоспецифичный. Каждый элемент теста был взят в отдельности с разграничением в порядке нарастания определенных возрастов. Это значит, что в данном возрастном периоде ребенок должен уметь делать все перечисленные навыки. Количество навыков, которые ребенок умеет делать полностью взято за 100%, далее определяют количество детей которые владеют данными навыками и вычисляют процент детей которые владеют навыками на 50% и 25%. В процессе работы использованы следующие источники сбора данных: Прямое наблюдение; проверка документации (амбулаторные карты); анкетирование матерей детей в возрасте до 6 лет. Сбор информации проводился в течении 6 месяцев (август-январь) ежемесячно. Для изучения осведомленности матерей о психомоторном развитие детей был составлен вопросник и проведена беседа с 298 матерями.

Результаты. В поликлинике только в кабинете здорового ребенка есть шкала Денвера для оценки психомоторного развития детей до 6 лет. Только в 60% амбулаторных карт детей есть тест Денвера для оценки психомоторного развития детей. Процент обученного медицинского персонала низкий-25%. При проверке графика оценки психомоторного развития в историях развития детей выявлено что, не все врачи проводят интерпретацию нанесенных на графики линию – результатов оценки развития. Не во всех историях развития детей есть рекомендации при выявлении проблем детей. Одни врачи ссылаются на нехватку времени для написания рекомендаций в истории развития детей, другие на необеспеченность. При беседе с врачами выявлено, что многие врачи не обладают навыками консультирования и у них

недостаточно знаний по вопросам развитие детей. Не достаточный уровень знаний врачей в области оценки психомоторного развития по тесту Денвера и рационального питания детей. Осведомленность родителей о значении оценки психомоторного развития детей не достаточная. После проведенных семинаров и отработки практических навыков знания врачей о проведении оценки психомоторного развитие по тесту Денвера, интерпретации данных измерений, принципах консультирования детей по вопросам правильного воспитания и рационального питания повысились до 80%. Повысилось качество консультаций. В 2 раза повысилась осведомленность населения о значении оценки психомоторном развитии детей по скрининговым тестам Денвера и мониторинга роста и развития детей.

ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Бойқўзиева М.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти
Оила шифокорларининг малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, соғлиқни сақлашни бошқариш ва жамоат саломатлиги кафедраси

Муаммо долзарблиги: Керагидан ортиқча рацион калорияси тананинг оғирлигини оширишга ва қонда ёғ таркибини ошиб боришга олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий — тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортиқча ҳайвон ёғлари ва сабзавотларнинг истеъмол қилиниши, уларнинг сақланиши ва атеросклероз ривожланиши орасидаги алоқани исбот қилишга 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 овқатланишнинг тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш.

Вазифалар: 1.ҚВП ҳудудида яшовчи аҳоли орасида овқатланишнинг саломатликка таъсири ҳақидаги билимларини ўрганиш. 2.Алоҳида норационал 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. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотлари, аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорат карталари Ф-030/У ва бошқа ҳисобот шакллари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чикдик. Сўровнома саволлари иловада келтирилган. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали ажратиб олинган 50 нафар киши орасида тадқиқотларни олиб бордик. Сўровномалар орқали ажратиб олинган норационал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик. Олинган натижаларимиз асосида хулосалар чиқардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг жамоамиз, яъни педагоглар ва ҚВП шифокорлари, ўрта тиббиёт ходимлари яқиндан ёрдам беришди.

Натижа ва таҳлиллар: Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ҚВПси жами 10500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ҚВП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: ҚВП аҳолисининг 38,1 % болалар, 61,9% ни катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркаклар эса 50,3% ни ташкил қилади. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақидаги билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомни 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 ҳамкорлигида маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда барча саволларимизга аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар:

1.Олиб борилган ишлар натижасида шуни айтиш мумкинки, ҚВП мудири ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.

2. Умумий амалиёт шифокори ва патронаж ҳамшираси аҳолини қабул вақтида вазн-бўйини, вазн-бўй индекси хулосасини ўтказиши ва олинган натижаларга асосланиб тавсиялар ва аниқланган касалликлар бўйича даволашни ўтказиши керак.

3. ҚВП мудири бошқа тиббий ходимлар ишини назорат қилиш билан бирга аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини ошириш ҳақида суҳбатлар ўтказади.

4. ҚВП мудири катта ҳамшира билан биргаликда патронаж ҳамширалартни аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзи бўйича олиб бораётган ишини назорат қилиш билан тиббий хизмат сифатини оширади.

MONITORING ANALYSIS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN UNDER 5 IN RURAL MEDICAL CENTERS

M.B. Boykuzieva, G.U. Nazarova
Andijan State Medical Institute
Chair training and retraining of GPs

Introduction. Revealed that not all outpatients were curves of growth and development, only half of them were recorded physical development of the child. Not all nurses were trained SVP monitoring and learning environment, only half of them know how to calculate BMI and MRI in children and celebrate graphically growth and weight curves. Awareness of mothers was not up to standard, although during seminars for nurses, special attention was paid to the work with parents of children. But not all mothers knew about the introduction of complementary foods and nutrition of children. Half of the mothers interviewed did not know the growth and weight of your child, were not informed of the need to regularly assess the development of their children. Therefore, doctors and nurses are not enough patronage are working with parents and families, do not provide the necessary information about the growth and development of children.

Doctors do not control the work of nurses, literacy filling and maintenance of medical records in SAP.

Aim. To evaluate the monitoring of growth and development of children up to 5 years in rural health units (AEP) after the training of doctors and nurses in Andijan region.

Materials and methods. Analysis of the implementation of monitoring the growth and development of children under 5 were performed on outpatients conducted to identify the record height and weight; Development and evaluation of clinical supervision for children with retarded growth and development. To assess the knowledge and skills on the measurement of height and weight of nurses has been applied questionnaire. Determining the level of awareness of the need for regular maternal height and weight measurements and evaluation of children's development was carried out by questionnaire for mothers.

Results. Analysis of 143 outpatients (F.112 / y) showed that 58% of them contain the curves of growth and development, but only 46% of the cards were recorded physical development. 58% of children under 5 years old were invited to the SVP patronage nurses to measure height and weight.

Identified 17% of children with retarded growth and development, they were taken to the dispensary accounting. Analysis of the questionnaire for nurses showed that out of 28 respondents nurses, 75% were trained in monitoring the growth and development of children. They had skills height and weight of children in the SVP and at home. But only 55% of the nurses were able to calculate the body mass index (BMI) and weight — a growth index (IRI). 67% of nurses correctly registered the growth and development of the child in the graphs monitoring. Analysis of 75 questionnaires for mothers showed that 60% of those surveyed mothers were informed about the need regular weight and height measurements and evaluation of psychomotor development of the child. 62% of mothers were aware of the introduction of complementary foods from 6 months, 52% of mothers knew the height and weight of your child.

Conclusion. Thus, to improve the quality of monitoring the growth and development of children under 5 years of age must carry out the following activities: 1. To train all nurses SVP skills height and weight, BMI calculation and MRI results are recorded on the curves for monitoring growth and development. 2. Strengthen the monitoring by doctors SVP at work nurses record the results of anthropometry in the curves of growth and development. 3. To improve awareness of the need for maternal weight control, growth and psychomotor development of the child about the importance of timely introduction of complementary foods and a balanced diet for the formation of a healthy generation

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПНЕВМОЦИТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Болтабоева Д.И., Азимов М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время возрастает число людей с приобретенным иммунодефицитом. По данным ряда авторов [4], поражения легких возникает у 60–80% пациентов на фоне ВИЧ – инфицирования, из них число больных пневмоцистной пневмонией составляет от 5,6 до 8,5% [2]. У пациентов с ВИЧ-инфекцией целесообразно выделять бактериальную и вирусную пневмонии.

Цель исследования: изучение особенности клинического течения и лабораторной диагностики пневмонии у ВИЧ-инфицированных больных.

Методы исследования: Нами было проведено проспективное исследование в Андижанской областной инфекционной больнице по особенностям пневмонии у 30 больных с ВИЧ-инфекцией,

поступающие на лечение в 6-отделение. В процессе исследования применялись лабораторные и инструментальные методы, пульсоксиметрия, мониторинг гемодинамических показателей, газового и кислотно-щелочного состава артериальной крови. Все данные о пациентах были собраны с использованием разработанной стандартизированной формы сбора данных при поступлении и при наблюдении в динамике.

Результаты исследования и обсуждение: Было исследовано 34 Вич инфицированных женщин в возрасте от 21-30 лет 23,53%.

Изучен анамнез данных по ВИЧ-инфекции среди больных с пневмонией. У всех больных определялось количество CD4+ лимфоцитов. Определено 36,25% больных имели вирусную нагрузку более 500 тысяч копий в миллилитре, от 100 до 500 тысяч копий в миллилитре – 30% больных. Вирусную нагрузку до 10 тысяч копий в миллилитре имели 12,5% больных, от 10 до 50 тысяч копий в миллилитре – 13,75%, от 50 до 100тысяч копий в миллилитре имели 7,5% больных.

Все пациенты при поступлении предъявляли жалобы на кашель 91,25%, преимущественно с отхождением мокроты гнойного характера 51,25%, повышение температуры тела 91,25%, выраженную слабость 88,75, одышку при небольшой физической нагрузке 71,25%. Жалобы на потерю веса предъявляли 41,25% больных. Температура тела чаще всего находилась в диапазоне 38,1-39°С 48,75, свыше 39,1°С при поступлении температура отмечалась у 17,5% больных.

При аускультации у 87,5% больных определялись хрипы, преимущественно влажные – в 73,7% случаев, у 11 больных – сухие хрипы 13,75%. Жесткое бронхиальное дыхание выслушивалось в 22,5% случаев, ослабление дыхания отмечалось врачом приемного отделения в 27,5% случаев. При оценке частоты дыхательных движений (ЧДД) отмечено, что 87,5% больных поступали в состоянии тахипноэ (ЧДД>20), причем у больных (37,5%) ЧДД достигала 25 движений и выше. Средняя ЧДД составила 23,6±2,9, диапазон (18-43).

При определении сатурации при поступлении при помощи пульсоксиметра было отмечено, что критически низкая сатурация кислорода менее 85% отмечалась у 16,25% пациентов, сатурация в пределах 86-89% - у 12,5% больных, более 90-95% - у 22,5%, более 96% сатурацию имели 48,75% больных. При анализе зависимости сатурации кислорода и возраста пациента было определено, что достоверно в 3,49 раза чаще низкие показатели сатурации отмечались у лиц старше 40 лет ($p<0,05$).

При поступлении всем больным выполнялось рентгенографическое исследование в двух проекциях. Большинство больных при поступлении имели двустороннее поражение легочной ткани - 78,75%. При этом менее одной доли с обеих сторон было поражено у 8,75%, пациентов, 1-2 доли – у 26,25% больных, более двух долей – у 43,75%, больных. Одностороннее поражение отмечалось у 21,25% больных, причем отмечено, что менее одной доли с одной стороны было поражено у 8,75% больных, Признаки деструктивного поражения ткани легкого было отмечено при рентгенографическом исследовании в 20% случаев при поступлении.

Выводы: Среди больных с пневмонией и ВИЧ-инфекцией, поступающих в стационар, формируется группа риска из женщин молодого возраста с социальной отягощенностью, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний.

DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR CORRECTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Bustanov Sh.Ya.
Department of GP 2
Andijan State Medical Institute

Relevance. Achieving remission in depressive disorder is itself a significant treatment goal, as depression is a major factor in reducing quality of life and increasing health care costs in patients with CVD, while treating depression may also improve the prognosis for CVD, which is also attractive. perspective.

Purpose of the study. The aim of this study was to assess the severity of depressive disorders in patients with CVD and to correct them.

Materials and methods. We examined 211 patients with various CVDs aged from 18 to 65 years, of which 104 (49.3%) were men and 107 (50.7%) were women.

All patients underwent a standard general clinical examination, which included an assessment of complaints, anamnesis, physical and laboratory instrumental examinations.

Research results. All patients included in the study were diagnosed with hypertension. AG 1 tbsp. diagnosed in 51 (24.2%), AH 2 tbsp. - in 98 (46.4%) and AH 3 tbsp. - in 62 (29.4%) patients. Atrial fibrillation was significantly more often observed in patients of the 3rd group (IHD and MI in history) 2.7 and 1.9 times compared with patients of the first and second groups, respectively ($p <0.05$). A history of stroke (ischemic or hemorrhagic) was also significantly more often detected in the third group than in the first and second - 4.4 and 2.0 times, respectively ($p <0.05$).

Of the 211 patients included in the study, 127 (60.2%) patients showed signs of depressive disorders when using the Beck scale. Thus, mild and moderate depression (10-10 points) was diagnosed in 79 (37.4%) people, severe and severe (> 20 points) - in 68 (32.2%) patients. There were no significant differences between the groups, although there was a tendency towards an aggravation of depressive symptoms in patients of the third group.

Treatment of depressive disorders in patients with CVD has certain characteristics. First, there are significant concerns about the possible cardiotoxic effects of some antidepressants. Second, if the symptoms of depression result from a stressful health event (for example, adjustment disorder as a result of a cardiovascular event), there is a high likelihood of spontaneous remission without screening and treatment.

Third, the availability of psychiatric treatment for patients with major CVD may vary. Fourth, although the presence of mild subsyndromal symptoms of depression is associated with a poorer prognosis in CVD, it is unclear whether standard treatment for depression will provide benefits in patients with CVD and mild depressive disorders.

Conclusions. Thus, the study revealed a high level of depressive disorders in patients with CVD, significantly higher than in the general population, and therefore, patients with CVD are recommended to screen for depressive disorders. The high efficacy and safety of SSRI paroxetine in this category of patients has been shown.

DEPRESSIVE CONDITIONS AND THEIR TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Bustanov Sh.Ya.
Department of GP 2
Andijan State Medical Institute

Relevance. Topical directions in the study of this problem are studies of the mechanisms of the cardiopathogenic action of depression, clinical features and differential diagnosis of somatized depressions in cardiological practice, issues of treatment of depressive disorders in patients with cardiovascular diseases (CVD). Depression initiates specific pathophysiological mechanisms that dramatically affect the state of the cardiovascular system.

The aim of this study was to study the clinical specificity of depressive disorders in patients with coronary artery disease. When examining and assessing CHD risk factors, we took into account age, sex, duration of CHD, occupational and behavioral risk factors, bad habits (smoking, alcohol), hereditary CVD burden.

Material and research methods: To solve the set tasks, 48 patients (m-28, 58.3%; f-20, 41.7%) were examined, who were inpatient treatment in the cardiology department of the AGMI clinic.

Research results. Inclusion criteria for the study: sick men and women over 18 years old with coronary artery disease and depressive disorders. Exclusion criteria from the study: severe concomitant diseases (impaired liver and kidney function, etc.). The duration of the history of ischemic heart disease - up to 34 years; in a number of patients, it was detected for the first time. Most patients with coronary artery disease were diagnosed at the age of 45 - 60 years. 10 patients had a history of ischemic stroke.

Clinical follow-up studies of patients with ischemic heart disease and depressive disorders made it possible to identify them as somatogenic, endogenous and psychogenic disorders.

All patients were examined by cardiologists using the HADS scale. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to screen for depression and anxiety. The Hamilton scale (HADS) was used to verify screening and assess the severity of symptoms of depression.

After the appointment of antidepressants, the condition of 38 (62.5%) patients improved. In this regard, it is advisable to prescribe antidepressants in therapeutic practice.

Conclusion: The results of this study confirm the rationality of an integrated approach in the treatment of patients with coronary artery disease, which allows to optimize the treatment and diagnostic process, promotes rehabilitation tactics, and improves the quality of life of such patients.

UMURTQA POG`ONASI OSTEOXONDROZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLOVCHI JISMONIY TARBIYA VOSITASIDA DAVOLASH SAMARADORLIGI

Butaboev M.T., Soliev I.M.
Andijon davlat 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 chekadi.

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 kuzatilgan 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: davolashdan oldin chap qo'l 26 ± 1,4, o'ng qo'l 35 ±1,9 kg, davolashdan keyin chapda - 35 ± 1,7 va o'ngda - 40 ±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 effektni 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.

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 существенным образом 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 пру 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 позвоноково-двигательных сегментов позвоночника.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Бутабоев.М.Т., Солиев И.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Под нашим наблюдением находилось125 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, миотонометрия. 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±1,4, правая – 35±1,9 кг, после лечения левая - 35±1,7 и правая - 40±2,03 кг. Эти показатели статистически достоверны.

У всех больных с явлениями периартрита плечевых суставов с ограничением активных и пассивных движений на 8-10 дни объём движений несколько улучшился, исчез болевой синдром, движениям 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.

КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛАЦИИ 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. Основной успеха реабилитационных мероприятий является их комплексность, индивидуальность, а также непрерывность или этапность в их проведении.

Задачей нашего исследования было решение ряда 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 двигательного источника, сауны, аппаратной физиотерапии и методам восточной медицины. Важное значение имело проведение психологической подготовки больного к предстоящему возвращению его к труду. Число лечившихся в нашем наблюдение 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 результате 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.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ

Бутабоева.М.М., Минаваров.Р.А., Солиев.И.М., Косимов.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 % настой 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.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНОГО АРИМА У БОЛЬНЫХ

Валиева З.С.
Кафедры пропедивтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Изучена частота и структура нарушений ритма сердца, в зависимости от пола и места жительства терапевтических больных, находившихся стационарном лечении 6-месячный период. Проанализированы заболевания, на фоне которых появились аритмии сердца. Аритмическая форма ИБС встречалась в 27,6%. НРС у больных с пороками сердца - 14,1%. Кардиомиопатии осложнялись аритмиями в 12,0%. У больных гипертонической болезнью НРС выявлены у 8,8% больных. При наличии тиреотоксикоза аритмии встречались в 4,2% случаев, при алкогольном поражении печени в 3,9% случаев. Выявлено 384 случая нарушения ритма сердца (НРС): у 55,4% мужчин и у 44,6% - женщин. Частота НРС сердца у жителей города и села была равна, соответственно 53,7% и 46,3%. Наиболее часто аритмии встречались у больных ИБС с различными ее проявлениями - в 29,4%.

Актуальность. Как известно, к расстройствам сердечного ритма приводят все заболевания сердечно-сосудистой системы, при которых происходят структурные и метаболические изменения миокарда, приводящие к расстройствам регуляции сердечной деятельности. Нарушение метаболизма и регуляции сердечно-сосудистой системы возможны при экстракардиальном патологическом процессе (изменение нервно-рефлекторной, гуморальной, эндокринной регуляции, нарушения электролитного обмена, кислотно-основного состояния).

Цель исследования. Изучить частоту и структуру нарушений ритма сердца и проводимости в зависимости от пола и места жительства у стационарных терапевтических больных, а также проанализировать заболевания, на фоне которых появились аритмии сердца.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили больные, находившиеся на стационарном лечении в четырех терапевтических отделениях клиники Андижанского медицинского института за 6месячный период. Использовались общепринятые методы диагностики основного заболевания, а также ЭКГ, как основной метод диагностики нарушений ритма сердца.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено 384 случая нарушения ритма сердца (НРС): у 55,4% - 214 мужчин и у 44,6% - 170 женщин. Частота НРС сердца у жителей города и села значительно не различалась и была равна, соответственно 53,7% (206 чел.) и 46,3% (178 чел.) -$p<0,05$.

Отмечена прямая зависимость частоты НРС от возраста больных. Так, если в возрасте 16-29 лет частота НРС была равна (0,8% (3 чел.), то среди лиц 60 лет и старше – 56,2% (216 чел.).

Изучая структуру аритмий, получено, что наиболее часто имела место мерцательная аритмия 38% (146 больных): 43,1% - 63 мужчины и 56,9% - 83 женщины (P<0,05). Экстрасистолия была выявлена у 35,9% (138 чел.: 68,8% мужчин и 31,2% женщин, (P<0,05)): предсердная экстрасистолия у 22,5% (31 чел.), атриовентрикулярная у 2,9% (4 чел.), желудочковая у 74,6% (103 чел.).

Пароксизмальная тахикардия (ПТ) определялась в 12,3% случаев (51 больной): 45,1% у мужчин и 54,9% у женщин. Предсердная ПТ встречалась 70,6% (36 чел.), причем чаще у мужчин (52,8%), из атриовентрикулярного узла 5,9% (3 чел.), желудочковая ПТ у 23,5% (12 (12 больных). Атриовентрикулярные (АВ) блокады были выявлены у 8,1% (31 чел.): 67,7% мужчин и 32,3% женщин. Из них АВ-блокада 1 степени определялась у 64,5% (20 чел.), АВ-блокада 2 степени у 22,6% (7 чел.) и АВ-блокада 3 степени у 12,9% (4 чел.). Синдром слабости синусового узла у 4,7% (18 больных).

Поэтому, необходимо продолжать исследования выявлению предикторов электрической нестабильности миокарда, частоты значимости у злоупотребляющих алкоголем, у больных с алкогольным поражением печени, с целью подбора адекватной терапии, для предупреждения ВСС, что у данной категории пациентов представляет определенные трудности [1, 5].

Вывод. Таким образом, аритмии сердца встречаются достаточно часто, особенно у мужчин и лиц старших возрастных групп, поэтому, неслучайно, что наибольший процент НРС приходитс больных страдающих ИБС. Кроме этого нами выявлено, что у лиц, злоупотреблявших алкоголем аритмии встречались у 83,3%, что подтверждает мнение, что одним наиболее важных прогностически неблагоприятных алкогольной болезни является поражение не только печени, но и миокарда.

ARTERIAL GIPERTENZIYANING EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARINING AHAMIYATI

Valiyeva Z.S.
Ichki kasalliklar propedivtikasi kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Maqolada turli yoshdagi erkaklar va ayollar populyatsiyasida arterial gipertenziyaning tarqalishi, yoshga qarab unga moyillikning ko'payishi haqida ma'lumotlar keltirilgan. Shuningdek, erkak aholining 11 xavf omillar va 9 rolini oshiqni haqida ma'lumot xavf omillar gipertoniya yuzaga ayol aholining etiladi batafsil tasvirlangan .

Dolzarbligi. Arterial gipertenziya (AH) bugungi kunda eng dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri hisoblanadi. Buning bir nechta sabablari bor:

1) aholi orasida keng tarqalgan;

2) ushbu kasallik aterosklerotik doimiylikning nogironligi holatlarining aksariyat qismiga to'g'ri keladi;

3) aholi darajasida qon bosimini nazorat qilishning etarli emasligi [1,2].

Shu sababli, gipertoniyani erta aniqlash va davolash tizimini takomillashtirishning ilmiy asoslarini yaratish O'zbekistonda zaruratga aylandi.

Tadqiqotning maqsadi . Tadqiqotning maqsadi Andijonning erkak va ayol populyatsiyasida gipertenziya tarqalishini yangi epidemiologik mezonlardan foydalangan holda o'rganish edi.

Bizning tekshiruvlarimiz Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) epidemiologik tadqiqoti talablariga muvofiq ravishda tashkil etildi va o'tkazildi. Xususan, tadqiqotda yagona epidemiologik usullar qo'llanilgan va natijalar JCCT mezonlariga muvofiq tahlil qilingan va baholangan.

Materiallar va tadqiqot usullari. Epidemiologik tekshiruvimiz uchun biz tasodifiy ravishda 15 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan ikki kishini tanladik (namunaning 10 foizida 2184 va absolyut namunada 1909) va erkaklar guruhida (namunaning 10 foizida 1579 va mutlaq namunada 1313) . tasodifiy raqamlardan foydalanish. Tadqiqotimizda biz JSST tavsiyalari asosida anketa, instrumental, biokimyoviy va epidemiologik usullardan foydalanganmiz. Gipertenziya epidemiologik tasnifi JSST (1999) va O'zbekiston kardiologlarining IV Kongressi tavsiyalari asosida amalga oshiriladi.

Tadqiqot natijalari . Tadqiqotda qatnashgan populyatsiyalarda qon bosimi o'rtacha darajasi va kvintillarda tarqalishining qiyosiy epidemiologik xususiyatlari o'rganildi.

Natijalar shuni ko'rsatdiki, har uchinchi erkak ushbu kasallikka qarshi faol birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika choralariga muhtoj. Bundan tashqari, gipertenziyaning engil shakli erkaklar populyatsiyasi orasida eng ko'p uchraydi (72,6%). O'rtacha gipertoniyadan (R <0,01) 2,6 baravar past (27,9%) edi. AH aniqlandi, bu engil AHga qaraganda 3 baravar kam edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu natijalar so'nggi yillarda o'tkazilgan yirik epidemiologik tadqiqotlar natijalarini tasdiqlaydi va quyidagi muhim epidemiologik qonunchilikni amalga oshirishning favqulodda zarurligini ko'rsatadi: ushbu guruhga alohida e'tibor berilishi kerak, ularning maqsadi kuzatilishi kerak dastlabki bosqichda aniqlashga imkon beradigan kundalik faoliyat bo'lib qoladi. gipertenziyaning eng xavfli asoratlari (qon tomir, miokard infarkti, nogironlik va boshqalar) 70% gacha.

15-70 yoshdagi erkaklarning atigi 33,1% qon bosimi yuqori ekanligini bilishadi, 66,9% esa bu haqda hatto bilishmaydi. Ma'lum bo'lishicha, sub'ektlar deyarli 100% qon bosimida bo'lganligini deyarli bilishmagan.

Tadqiqotchilar bu borada tabaqalashtirilgan natijalarni ham keltirib o'tmoqdalar (3) va ular asosan yaqin va uzoq xorij mamlakatlarida olinganligini ta'kidlaydilar [4,5]. O'zbekistonda, ayniqsa Farg'ona vodiysida so'nggi o'n yilliklarda bunday epidemiologik ma'lumotlarning keskin pasayishi kuzatilmoqda [2].

Umuman olganda, bizning tadqiqotlarimizda aniqlangan gipertoniya populyatsiyasining xususiyatlarini va natijada sog'liqni saqlash tashkilotlari amaliyotini hisobga olgan holda ETHIC gipertoniya kasalligi bo'yicha mavjud davolash-profilaktika dasturlarini samarali ravishda takomillashtiradi va bu gipertonik davomiylik nisbati pasayishiga olib keladi. aholi ichida.

Xulosa. 1. Andijonning 15-70 va undan katta yoshdagi erkaklar orasida eng yuqori darajasi (72,6%) o'rtacha AHga nisbatan 2,6 baravar kam (27,9%) va 3 baravar kam (24, 5%) .) Og'ir gipertenziya. topildi. Har uchinchi erkak gipertoniyaga qarshi faol birlamchi, ikkinchi darajali va uchinchi darajali profilaktika amaliyotiga muhtoj.

2. Andijonning 15-70 yosh va undan katta yoshdagi ayollarida erkaklarnikidan farqli o'laroq, engil AH 74,3%, AH 2 daraja - 30,1% va AH 3 daraja - 26,4% ni tashkil qiladi.

МОНИТОРИНГ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

М.Ю. Валиева, З.С.Салахиддинов, С.Э.Джумабаева, Д.К.Максумова, Д.А.Кодиров
Андижанский государственный медицинский институт, город Андижан

Современные данные литературы свидетельствуют, что представляется важным выяснить, могут ли особые эпидемиологические характеристики (возраст, пол, этническая принадлежность) и «главные» факторы риска влиять на развитие предгипертензии. С учетом этих вопросов разработанные профилактические программы могут быть напрямую направлены на механизмы, способствующие эпидемии ожирения, сахарного диабета, предгипертензии и собственно артериальной гипертензии.

В тоже время, как свидетельствуют данные литературы, по-прежнему остаются острыми вопросы эпидемиологического изучения и контроля предгипертензии на уровне популяции с целью предупреждения артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых осложнений.

Из этих соображений одной из целью нашего исследования явилось сравнительное изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского (3640 чел) и женского населения (3610 чел) в возрасте $\geq$ 15-70 лет. Охват обследованием составлял 280 (76,9%) и 323 (89,5%) человек соответственно по выборкам мужчин и женщин.

Проводилось комплексное обследование популяции с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования.

Результаты: В нашей популяции артериальная гипертензия выявлена с частотой не более 16,9%. Отмечалось статистически значимое различие в уровнях артериальной гипертензии у мужчин и женщин – по 13,2% и 20,1% соответственно. С возрастом частота распространенности артериальной гипертензии увеличивается до 61,9% или в 20 раз (у мужчин) и 62,5% или в 7,2 раза (у женщин). В структуре, как у мужчин, так и у женщин, наиболее выражена и достоверно чаще встречаются изолированная артериальная гипертензия, АГ II ст. и АГ III ст. Особое внимание обращает показатель АГ I ст. у пациентов, который отмечается в уровне 17,6%.

Таким образом, артериальная гипертензия среди неорганизованного населения довольно частое явление и естественно, требует проведения активного профилактического – немедикаментозного и медикаментозного вмешательства.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, Д.К. Максумова, И.У.Ганиева
Андижанский государственный медицинский институт, город Андижан

Большое значение на популяционном уровне имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит прежде всего от величины артериального давления, наличия или отсутствия сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. По данным литературы рекомендуется, оценку риска сердечно-сосудистых осложнений проводить не

только при установленном диагнозе, но и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного.

Цель исследования: изучение выявляемости факторов риска, поражений органов мишени или ассоциированных клинических состояний при предгипертензии и артериальной гипертензии среди неорганизованного женского населения г. Андижана Ферганской долины по возрастам.

Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного женского населения в возрасте 16-49 лет Андижана.

Результаты: Гипертрофия левого желудочка выявляется в сочетании с предгипертензией – в 5,8% и артериальной гипертензией – в 85,3% (P<0,001), цереброваскулярные болезни (ишемический, геморрагический микроинсульт) – в 27,3% и 90,9% случаев соответственно (P<0,001), сердечно-сосудистые заболеваний отмечены у 7,1% популяции с предгипертензией и у 92,9% с артериальной гипертензией (P<0,001), инфаркт миокарда – у 10,0% и 80,0% (P<0,001), сосудистая недостаточность – у 25,0% и 84,5% (P<0,001), хроническая сердечная недостаточность – в 0,0% и 90,0% случаев, поражение периферических артерий – в 0,0% и 66,7% случаев (P<0,001), хронические поражения печени – в 7,2% и 81,7% (P<0,001) и сахарный диабет –в 0,0% и 75,0% (P<0,001).

Таким образом, в нашем исследовании у больных с предгипертензией и артериальной гипертензией с большей выявляемостью наблюдались, не только факторы риска, но и поражения органов мишени и ассоциированные клинические состояния, влияющие на прогноз суммарного сердечно-сосудистого риска.

ПРИОРИТЕТНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА

М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, М.А.Жураева, Д.К.Максумова
Андижанский Государственный медицинский институт, город Андижан

В современных социально-экономических условиях возрастает распространенность факторов риска в развитии предгипертензии, артериальной гипертензии или повышенного артериального давления в целом. Эти факторы способствуют скоплению «агрессивных» эпидемиологических условий в отношении повышенного артериального давления среди населения и ассоциируются увеличением суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений от предгипертензии и артериальной гипертензии. Реализация риска развития предгипертензии и артериальной гипертензии, а также их осложнений индуцируется этими факторами.

Цель: Мы попытались выделить «сильные» факторы риска, со средней и слабой силой «воздействий» ассоциирующихся с повышенным артериальным давлением.

Материалом исследования явилось неорганизованное население города Андижана.

Результаты: Первая группа факторов риска ассоциируется с развитием предгипертензии и артериальной гипертензией практически в 100,0% случаев и к ним относится: неблагоприятный социальный статус, эпизодическое употребление гипотензивных средств, злоупотребление насваем, повышенное употребление острой пищи, употребление крепкого чая и кофе, курение, избыточная масса тела, употребление алкоголя, низкая физическая активность, низкий медицинский контроль, гиперхолистеринемия и гипертриглицеридемия. Доля этих 12-ти «сильных» факторов риска в структуре всех факторов предгипертензии и артериальной гипертензии составляет – 54,5%.

Во вторую группу факторов входят низкий образовательный статус, преимущественно тяжелый физический труд, низкое потребление овощей и фруктов, преимущественное употребление мясных и мучных блюд, преимущественное употребление жирной пищи, возраст и эмоциональный фактор, всего их – 7. Они составляют 31,8% всех факторов риска и ассоциируются со случаями предгипертензии и артериальной гипертензии – в 75,0% случаев.

Сравнительно слабая группа факторов риска предгипертензии и артериальной гипертензии представлена такими факторами, плохие жилищно-бытовые условия и пол и составляет 13,6% случаев, то есть у каждого четвертого пациента с повышенным артериальным давлением выявляются данные факторы.

Таким образом, результаты нашего исследования заставляют обратить внимание на необходимость реализации существующих программ профилактики и лечения повышенного артериального давления с учетом именно отмеченных 22 факторов риска, ограничения или даже исключения их на популяционном уровне. Учет их в целом позволяет, во-первых, достаточно четко предсказать развитие предгипертензии, артериальной гипертензии и сердечно-сосудистые осложнения от них, и во-вторых, позволяет повысить эффективность профилактических программ и до минимума снизить суммарный сердечно-сосудистый риск. Практическому здравоохранению необходимо усилить работу, направленную на повышение образовательного уровня населения, пациентов и медицинских работников в отношении предгипертензии, артериальной гипертензии, указанных основных факторов риска и ассоциированных клинических

состояний, способствующих повышению риска сердечно-сосудистых осложнений от артериальной гипертензии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА

М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, У.К.Ахмадалиева, Д.К. Максумова
Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан

Цель исследования: Изучение распространенности предгипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте > 15-70 лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты: Выявлено, что средние значения систолического артериального давления составляют у женщин – 121,2± 1,08 и у мужчин – 122,9±1,40 мм рт.ст., диастолического артериального давления – по 77,2±0,59 и 76,8±0,70 – соответственно (P1>0,05, P2>0,05). Средние уровни систолического артериального давления и диастолического артериального давления в общей популяции > 15-70 лет составили – 122,1±0,90 и 77,0±0,47 мм рт.ст. соответственно. В различных возрастных группах средние значения систолического артериального давления и диастолического артериального давления отмечались с различиями в уровнях следующим образом соответственно: в 15-19 лет – 106,3±1,07 и 67,5±0,94 мм рт.ст., в 20-29 лет – 111,1±0,81 (P<0,05) 71,4±0,44 (P>0,05), в 30-39 лет – 115,8±1,24 (P<0,05) и 74,0±0,74 (P<0,05), в 40-49 лет – 126,8±1,94 (P<0,05) и 80,2±1,08 (P<0,05), в 50-59 лет – 137,7±2,99 (P<0,05) и 85,3±1,41 (P<0,05), в 60-69 лет – 144,5±3,79 (P<0,05) и 86,5±1,68 (P<0,05), в 70 лет и старше – 142,5±6,32 (P<0,05) и 87,6±3,17 мм рт.ст. (P<0,05). В возрастном диапазоне > 15-70 лет прирост артериального давления составил в среднем для систолического артериального давления 36,2 мм рт.ст. и для диастолического артериального давления – 20,1 мм рт.ст. (P<0,05). Сравнивая наши результаты в возрастном аспекте, мы отметили, что с возрастом распространенность предгипертензии с достаточной статистической мощностью возрастает как у мужчин, так и у женщин, причем частота предгипертензии была в 1,3 раза выше у мужчин (30,0%), чем у женщин (23,2%), P<0,05.

Выводы: Таким образом, по материалам исследования, наблюдается высокая распространенность предгипертензии среди населения. Эти показатели выше у мужчин, чем у женщин. Возрастной диморфизм – важный эпидемиологический научный факт в нашем исследовании в отношении предгипертензии: с возрастом выявляемость предгипертензии увеличивается от 3,4 раза (у мужчин) до 20 раз (у женщин) (P<0,001). Выявленная разница распространенности предгипертензии и средних значений артериального давления между мужчинами и женщинами в зависимости от возраста позволяет разработать целевую программу профилактики для различных возрастных групп.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов , И.У.Ганиева, Д.К.Максумова, Д.А.Кодиров
Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Как известно, артериальная гипертензия является заболеванием, привлекающим к себе внимание врачей любого профиля медицина. Она является одним из основополагающих факторов, приводящих к развитию или осложнению сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на огромные успехи в области кардиологии, артериальная гипертензия остается одной из насущных медико-социальных проблем. По результатам многочисленных исследований, можно сказать, что изучение распространенности артериальной гипертензии должно быть с учетом не только общепринятых факторов риска, но и с учетом региональных, этнических и других особенностей.

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины.

Материалы и методы: проводилось комплексное одномоментное эпидемиологическое исследование методом случайной репрезентативной выбороки с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужило мужское и женское население в возрасте ≥ 15-70 лет, проживающее в г.Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% (n=102) выявлена артериальная гипертензия.

Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2% и 20,1% соответственно (P<0,05). с возрастом частота распространенности АГ у мужчин увеличивается до 61,9% или в 20 раз (P<0,001).

В нашем исследовании в группах мужчин 15-19 и 20-29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30-39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40-49 лет – 14,8% (P<0,001), в 50-59 лет – 31,4% (P<0,05), в 60-69 лет – 61,9% (P<0,001) и в группе 70 лет и старше – 33,3% (P<0,001). Обращают на себя внимание высокие показатели артериальной гипертензии в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

Анализ полученных результатов показал, что у женщин отмечено возрастание случаев выявляемости артериальной гипертензии в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза (P<0,001). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40-49 лет (47,9%, P<0,05), 50-59 лет (55,6%, P<0,05), 70 лет и старше (62,5, P<0,001). Сравнительно меньшая распространенность артериальной гипертензии наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (8,0%) и 40-49 лет (26,6%).

Выводы. В группе 15-19 лет и 20-29 лет артериальная гипертензия не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях. В других группах процент заболеваемости говорит о том, что практическое здравоохранение должно больше уделять внимание профилактическому направлению, в целях раннего выявления и устранения факторов, приводящих к развитию артериальной гипертензии.

СВЯЗЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.
Андижанский государственный медицинский институт

По результатам многих исследований, проведенных в нашей стране и за рубежом, становится ясным, что предгипертензия, то есть повышенное артериальное давление (АД) становится предвестником развития артериальной гипертонии и связано с повышением частоты развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Переход от предгипертонии к явной артериальной гипертензии отражает, по крайней мере, отчасти, такие изменения, как гипертрофия мышечного слоя стенки артериол и дисфункция эндотелия. На фоне таких структурных и функциональных изменений у лиц с предгипертонией были описаны увеличение вазоконстрикции и уменьшение вазодилатации.

В целях исследования нами было проведено проспективное эпидемиологическое исследование среди неорганизованного населения, состоявшего из мужчин и женщин.

Методом проведения исследования явилось анкетирование, а также были использованы лабораторно-инструментальные методы.

По результатам нашего исследования, была констатирована высокая распространенность предгипертензии, составившая 34,8% у мужчин и 31,8% у женщин. Главной детерминантой предгипертензии стал индекс избыточной массы тела (ИМТ) > 23,0 кг/м^2: даже формально нормальные его величины (23,0–24,9 кг/м^2) сопровождались увеличением вероятности повышенного нормального АД в 1,47 раза. Имеющееся ожирение (ИМТ 30 кг/м^2) обусловило повышение вероятности предгипертензии у мужчин в 3,39 раза, у женщин — в 4,23 раза. Дислипопротеидемия и пожилой возраст также были причиной возникновения предгипертензии — увеличение возраста на каждые 10 лет сопровождалось увеличением вероятности повышенного нормального АД на 12% у мужчин и на 48% у женщин. Нарушение толерантности к глюкозе, сахарного диабета и наличие артериальной гипертензни (АГ) у обоих родителей повышали риск возникновения предгипертензии у лиц женского пола, у мужского — злоупотребление алкоголем.

Также особое влияние оказывал малоподвижный образ жизни и стрессовый фактор. Более того, в связи с этим у пациентов с повышенным нормальным артериальным давлением актуальными являются выявление других факторов риска (метаболический синдром, сахарный диабет 2, курение) и оценка наличия признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, микроальбуминурия, гиперкреатининемия, атеросклеротическое поражение сонных артерий).

Таким образом, мы установили не только причины возникновения предгипертензии, но и на связь предгипертонии с другими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, что еще раз доказывает важным проводить соответствующие мероприятия по предупреждению развития предгипертензии, то есть правильно проводить профилактические мероприятия.

ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, Д.К.Максумова, Ганиева И.У.
Андижанский Государственный медицинский институт, город Андижан

Как по литературным данным, так и по собственным результатам создается достаточно аргументированное научное заключение, что артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям для сердечно-сосудистых заболеваний и кардиоваскулярного континуума может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых заболеваний.

Механизм ее развития до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска инициирующие артериальную гипертензию не однородны. Широкое распространение факторов риска развития артериальной гипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости факторов риска артериальной гипертензии среди различных слоев населения, в том числе в условиях Узбекистана.

Цель: изучение распространенности избыточной массы тела, как фактора риска предгипертензии

Материалом исследования явилось неорганизованное население города Андижан.

Результаты: В общей популяции распространенность избыточной массы тела с высокой частотой выявлена – в возрастных группах 80 лет и старше (50,0%, P<0,01), 60-69 лет (68,7%, P<0,001), 50-59 лет (61,4%, P<0,001), 40-49 лет (54,2%, P<0,001) и 30-39 лет (46,5%, P<0,001). Значительно реже данный фактор отмечался в группе лиц 15-19 лет (9,5%) и 20-29 лет (20,3%, P<0,01). На уровне популяции в возрасте от 15 до 70 лет и старше избыточная масса тела выявлялась с частотой 42,7%.

Таким образом, мы убедились, что избыточная масса тела достаточно распространенный фактор развития предгипертензии, и коррекция этого фактора может повлиять на уменьшение встречаемости предгипертензии, ведь доказано, что простые изменения в поведении и образе жизни могут в значительной мере способствовать предотвращению опасных сердечно-сосудистых осложнений и укрепить здоровье населения.

В такой эпидемиологической ситуации единственным экономически эффективным и устойчивым подходом к осуществлению контроля за хроническими заболеваниями, в том числе артериальной гипертензии и другими факторами риска в системе общественного здравоохранения является осуществление эпидемиологического мониторинга за факторами риска и участие населения в профилактических мероприятиях.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Мусашайхова Ш.М.
Андижанский Государственный медицинский институт, город Андижан

Артериальная гипертензия по своей распространенности и последствиям может быть в полной мере отнесена к числу социально-значимых заболеваний.

Механизм ее развития до сих пор уточняется и в настоящее время уже известно, что даже у одного и того же больного факторы риска инициирующие артериальную гипертензию не однородны. Особенно особое внимание заслуживает уже повышенное нормальное давление, так как по результатам многих исследователей установлено, что уже на этом этапе в организме человека происходят органические изменения, влияющие на гемодинамику и влекущие за собой последствия. Широкое распространение факторов риска развития предгипертензии в жизни современного общества, подверженность ему наиболее трудоспособной и творческой части населения, возрождают интерес к современным аспектам распространенности и выявляемости их среди различных слоев населения.

Поэтому, одной из целей нашего исследования являлось изучение распространенности факторов риска развития предгипертензии, в частности, психоэмоциональный фактор среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины на современном этапе развития общества.

Материал и методы. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте ≥ 15-70 лет, проживающего в г.Андижане Проводилось комплексное обследование популяции с использованием биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования.

Результаты: Психоэмоциональный фактор на уровне популяции в целом отмечается с частотой 16,6%, а в отдельных возрастных группах наблюдается в следующих уровнях: в 15-19 лет – 2,4%, 20-29 лет – 1,3%, 30-39 лет – 4,8% (P<0,001), 40-49 лет – 9,3% (P<0,01), 50-59 лет – 14,5% (P<0,001), 60-69 – 16,7%, 70 лет и старше – 18,8% (P<0,001). В отдельных возрастных группах наблюдается с различием в следующих

уровнях: в 15-19% - 0,0%, в 20-29 лет – 16,2% (P<0,001), в 30-39 лет – 40,6% (P<0,01), в 40-49 лет – 50,0% (P<0,001), в 50-59 лет – 45,7% (P<0,01), в 60-69 лет – 33,3% (P<0,05), в 70 лет и старше – 55,7% (P<0,001).

Выводы: Как мы видим данный фактор присутствует в любом возрасте и его возрастание зависит от возрастного диапазона. В целом, полученные данные о распространенности психоэмоционального фактора и влиянии его на развитие предгипертензии, свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют этот фактор риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики.

ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИЯ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицнский институт, город Андижан

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания малочисленно.

В связи с этим нами было проведено эпидемиологическое обследование по изучению распространенности предгипертензии в зависимости от гиперхолистеринемии и гипертриглицеридемии в современной популяции мужчин и женщин г. Андижана Ферганской долины в возрастном диапазоне от 15 до 70 лет и старше.

Результаты: предгипертензия наблюдается с различием в следующих уровнях: в 15-19% - 0,0%, в 20-29 лет – 16,2% (P<0,001), в 30-39 лет – 40,6% (P<0,01), в 40-49 лет – 50,0% (P<0,001), в 50-59 лет – 45,7% (P<0,01), в 60-69 лет – 33,3% (P<0,05), в 70 лет и старше – 55,7% (P<0,001). В то же время гиперхолистеринемия и гипертриглицеридемия выявляются среди неорганизованного населения с относительно высокой распространенностью: в 15-19 лет – по 7,1% и 2,4%,в 20-29 лет – по 9,8% (P>0,05) и 9,2% (P<0,001), в 30-39 лет – по 14,5% (P<0,05) и 12,5% (P<0,001), в 40-49 лет – по 18,6% (P<0,01) и 16,1% (P<0,001), в 50-59 лет – по 27,7% (P<0,001) и 22,9% (P<0,001), в 60-69 лет – по 39% (P<0,001) и 31,3% (P<0,001), 70 лет и старше – по 50,0% (P<0,001) и 25,0% (P<0,001) и в возрасте $\geq$ 15-70 лет в целом – по 18,4% и 15,5% (P>0,05).

Выводы: Все эти данные опять же подтверждают, что в современной неорганизованной популяции определяются достаточно неблагополучные эпидемиологические условия в отношении артериальной гипертензии и они нуждаются в квалифицированной профилактическое помощи в оздоровлении от эпидемиологических факторов риска.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э, Максумова Д.К..
Кафедра «ВОП -1»
Андижанский Государственный медицинский институт

За последние десятилетия отмечается значительное увеличение количества больных с психосоматической патологией. Чаще всего депрессивные и тревожно депрессивные расстройства в повседневной практике врача встречаются у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так называемая патологическая тревога, то есть тревога, принимающая постоянный характер может стать фактором развития различных заболеваний, существенно осложнять их течение и прогноз. Существует мнение, что депрессию следует рассматривать как один из факторов риска смерти у больных с ишемической болезнью сердца.

Для изучения степени астенического синдрома у больных с ишемической болезнью сердца было проведено исследование у 65 больных с использованием теста «САН». При этом выделялись результаты по половым принадлежностям и возрастным различиям.

Показатель «С» - самочувствие у 45 больных (69%) оказался ухудшенным и составил в среднем 33,4± 5,1 балла (в норме сумма баллов должна составлять 50 баллов и более)- больные отмечали у себя разбитость, быструю утомляемость, вялость, слабость.

Показатель степени активности «А» у 51 больных оказался пониженным и составил в среднем 31,2±5,8 балл (в норме сумма баллов должна составлять 55 баллов и более) – была выявлена малоподвижность, бездеятельность и безучастность в происходящих вокруг событиях, медлительность, усталость.

Показатель «Н» - настроение у 46 больных оказался пониженным и составил в среднем 37,6 ±4,4 баллов (в норме сумма баллов должна составлять 54 балла и более) – отмечалось плохое настроение, мрачность, унылость, озабоченность и переживание за собственное здоровье.

Анализ теста «САН» показал, что у больных с инфарктом миокарда ухудшение самочувствия резко выражено и проявляется разбитостью, обессиленностью, утомляемостью и вялостью больного. У больных стенокардией ухудшение самочувствия менее выражены, чем у больных инфарктом миокарда, но в сравнении с нормой показатель оказался высоким и составил 30,3±2,7 баллов. Больные с постинфарктным кардиосклерозом чувствовали себя лучше, чем пациенты вышеперечисленных групп, их самочувствие было оценено в 42,1±4,3 балла.

Анализ результатов теста «САН» по возрастным группам показал, что у больных с ишемической болезнью сердца в возрастной группе 40-59 лет «С»- самочувствие оценилось в 31,4±2,3 балла, «А»-активность составила 27,5±3,4 балла, «Н»-настроение составило 36,7±3,2 балла. В возрастной группе 60-69 лет «С»-самочувствие оценилось в 29,3±2,7 балла, «А»-активность составила 31,1±3,7 балла, «Н»-настроение составило 30,4±4,1 балл. В возрастной группе 70 лет и старше «С»-самочувствие оценилось в 39,1±4,3 балла, «А» -активность составила 35,3±1,7 балла, «Н» - настроение составило 45,4±4,4 балла.

Таким образом из данных проведенного исследования видно, что у больных с инфарктом миокарда показатель теста «САН» значительно отклонен от показателей нормы, у больных со стенокардией показатели мало отличаются от больных с инфарктом миокарда, но изменены в сравнении с нормой. У больных с постинфарктным кардиосклерозом показатель теста «САН» несколько лучше, чем в предыдущих группах, но отмечается незначительное ухудшение показателей самочувствия, активности и настроения. Подводя итоги можно утверждать, что у больных ишемической болезнью сердца имеются нарушения в психоэмоциональной сфере, астенизация вегетативной нервной системы различной степени выраженности. Женщины в сравнении с мужчинами оказались менее устойчивыми к разным стрессовым и конфликтным ситуациям, у них астенизация оказалась более выражена, чем у мужчин. У больных в возрастных группах 40-59 лет и 60-69 лет отмечались выраженные отклонения от нормы, чем у больных в возрастной группе 70 лет и старше.

Данное исследование показало, что в практической деятельности каждый врач при исследовании больных должен обращать внимание на психоэмоциональное состояние и дисфункцию вегетативной нервной системы, так как депрессия у больных ишемической болезнью сердца может снижать устойчивость к стрессу, приводящего к нарушению гемодинамики, активации тромбоцитов и появлению симптомов острого коронарного синдрома, что значительно отягощает клиническое течение заболевание.

CLINICAL LABORATORY OF CHRONIC HEPATITIS B AND C VIRUS IN PEOPLE WITH HIV

Valieva N.M., Yakubova R.M.
Department of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute

Relevance. One of the most pressing problems facing the World Health Organization today is the prevention of AIDS, which is spreading around the world in the form of a pandemic. Currently, according to the World Health Organization (WHO), the number of people living with HIV worldwide has exceeded 35 (33.2–37.2) million people. Of these, 2.5 (1.6–3.4) million are children.

People living with HIV / AIDS (95%) live in countries with low and medium living conditions, where AIDS deaths are common. HIV is currently the leading cause of death among people aged 15-59 worldwide. More than two thirds of people living with HIV / AIDS live in sub-Saharan Africa.

Purpose of the study. Determination of the prevalence of viral hepatitis B and viral hepatitis C in HIV-infected; study their clinical and laboratory characteristics and determine the degree of liver fibrosis in these patients.

Materials and research methods. Objects of research: A total of 82 patients aged 18 to 55 years, of which 23 patients were HIV-infected (3-4 clinical stages), 15 patients with "B", 20 patients with "C", 8 HIV-infected. Patients with "B", 16 HIV-infected patients with "C" and 6 patients were under observation.

Andijan Regional Infectious Diseases Hospital has 6 departments (department of HIV-infected), 1 department (department of viral hepatitis), laboratory (ELISA, biochemistry), fibroscan test and Andijan medical diagnostic center (laboratory tests).

Research results. By gender and age: 82 (100%) patients under our supervision were between the ages of 18 and 55, of which 47 (57%) were men and 35 (43%) were women.

Diagnosis: Of 86 (100%) patients, 23 (28.0%) patients were HIV-infected (3-4 clinical stages), 15 (18.3%) patients had "B ", 20 (24.4 %) patients with "S", 8 (9.8%) HIV-infected patients with "B", 16 (19.5%) HIV-infected patients with "C".

An epidemiological investigation begins after a person is notified that he or she is infected with HIV by Western blotting . The main purpose of the epidemiological survey is to identify the source of the disease and the route of transmission (sexual, medical and non-medical parenteral, infectious), assess the epidemic situation, and determine measures to prevent the spread of the disease.

Conducting epidemiological studies in cases of HIV infection. AIDS Centers are in charge of epidemiologists. When conducting epidemiological investigations, confidentiality is maintained - information about a person infected with HIV and his diagnosis remains confidential. When HIV-infected patients come with a "C" or "B" mark, the general condition of the patients is taken into account first.

With chronic minimal hepatitis, cholecystitis, the patient's condition is less than that of a healthy person. The patient feels better when the illness is not severe. Severe diseases - a severe form of acute hepatitis, chronic hepatitis of high activity, cirrhosis of the liver, an attack of cholecystitis, in other cases the general condition of the patient worsens. However, during a hepatic coma, the patient is unconscious and in deep sleep, sometimes very restless.

Output. Clinical signs of viral hepatitis B and C transmission in HIV-infected patients were observed by persistent (prolonged) methods in relation to monoinfection based on laboratory tests;

The development of liver cirrhosis associated with viral hepatitis C, and the degree of fibrosis is higher than that of monoinfection of viral hepatitis C, when HIV infection is associated with chronic viral hepatitis C;

Early detection of viral hepatitis B and C in HIV-infected, the need to prevent complications;

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСА ГЕПАТИТА В И С У ЛЮДЕЙ С ВИЧ

Валиева Н.М., Якубова Р.М.
кафедры инфекционных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одна из самых актуальных проблем, стоящих сегодня перед Всемирной организацией здравоохранения, - это профилактика СПИДа, который распространяется по миру в виде пандемии. В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество людей, живущих с ВИЧ, во всем мире превысило 35 (33,2–37,2) миллионов человек. Из них 2,5 (1,6–3,4) миллиона - дети.

Люди, живущие с ВИЧ / СПИДом (95%), живут в странах с низкими и средними условиями жизни, где смертность от СПИДа является обычным явлением. В настоящее время ВИЧ является ведущей причиной смерти среди людей в возрасте 15-59 лет во всем мире. Более двух третей людей, живущих с ВИЧ / СПИДом, живут в странах Африки к югу от Сахары.

Цель исследования. Определение распространенности вирусного гепатита В и вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированных; изучить их клинико-лабораторные характеристики и определить степень фиброза печени у этих пациентов.

Материалы и методы исследования. Объекты исследования: Всего 82 пациента в возрасте от 18 до 55 лет, из них 23 пациента были ВИЧ-инфицированными (3-4 клинические стадии), 15 пациентов с «В», 20 пациентов с «С», 8 ВИЧ-инфицированных. Под наблюдением находились пациенты с «В», 16 ВИЧ-инфицированных пациентов с «С» и 6 пациентов.

Андижанская областная инфекционная больница имеет 6 отделений (отделение ВИЧ-инфицированных), 1 отделение (отделение вирусных гепатитов), лабораторию (ИФА, биохимия), фиброскан-тест и Андижанский медицинский диагностический центр (лабораторные исследования).

Результаты исследования. По полу и возрасту: 82 (100%) пациентов под нашим наблюдением были в возрасте от 18 до 55 лет, из них 47 (57%) мужчин и 35 (43%) женщин.

Диагноз: Из 86 (100%) пациентов 23 (28,0%) пациента были ВИЧ-инфицированными (3-4 клинические стадии), 15 (18,3%) пациентов имели «В», 20 (24,4 %) пациенты с «S», 8 (9,8%) ВИЧ-инфицированные пациенты с «В», 16 (19,5%) ВИЧ-инфицированные пациенты с «С».

Эпидемиологическое расследование начинается после того, как человека извещают о том, что он или она инфицированы ВИЧ, посредством иммуноблоттинга. Основная цель эпидемиологического обследования - выявить источник заболевания и путь передачи (половой, медицинский и немедицинский парентеральный, инфекционный), оценить эпидемическую ситуацию, определить меры по предотвращению распространения заболевания.

Проведение эпидемиологических исследований в случаях ВИЧ-инфекции. Центры СПИД отвечают за эпидемиологов. При проведении эпидемиологических расследований сохраняется конфиденциальность - информация о человеке, инфицированном ВИЧ, и его диагнозе остается конфиденциальной. Когда ВИЧ-инфицированные пациенты приходят с отметками «С» или «В», в первую очередь учитывается общее состояние пациентов.

При хроническом минимальном гепатите, холецистите состояние больного меньше, чем у здорового человека. Пациент чувствует себя лучше, когда болезнь не тяжелая. Тяжелые заболевания - тяжелая форма острого гепатита, хронического гепатита высокой активности, цирроза печени, приступ холецистита, в других случаях общее состояние больного ухудшается. Однако во время печеночной комы пациент без сознания и находится в глубоком сне, иногда очень беспокойном.

Вывод. Клинические признаки передачи вирусных гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных наблюдались стойкими (продолжительными) способами по отношению к моноинфекции на основании лабораторных тестов;

Развитие цирроза печени, ассоциированного с вирусным гепатитом С, и степень фиброза выше, чем у моноинфекции вирусного гепатита С, когда ВИЧ-инфекция связана с хроническим вирусным гепатитом С;

Раннее выявление вирусных гепатитов В и С у ВИЧ-инфицированных, необходимость профилактики осложнений;

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время прослеживаются тенденции к омоложению кардиологических больных и тем не менее, работ, посвященных к выявлению артериальной гипертензии в широком возрастном диапазоне и на ранних стадиях заболевания недостаточно.

Материалы и методы: материалом для исследования явилось неорганизованное женское население города Андижана. Эпидемиологическое обследование проводилось методом случайных репрезентативных выборок.

Результаты: распространенность социально-медицинских факторов риска развития артериальной гипертензии отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% (P>0,05), неблагополучный социальный статус – 1,2 и 0,7% (P<0,05), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% (P<0,05), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% (P<0,05), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% (P<0,05), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% (P<0,001), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% (P<0,05), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% (P<0,05), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% (P>0,05), преимущественное употребление острых и соленых пищей – 12,4 и 10,4% (P>0,05) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% (P<0,05).

Согласно полученным данным, в исследуемой популяции женщин низкий образовательный статус выявлялся с увеличением до 37,5% или в 14,4 раза (P<0,001) в зависимости от возраста. Данный социально-медицинский фактор риска в различных возрастных группах отмечался со следующей частотой: в 15-19 лет – 2,6%, в 20-29 лет – 3,8% (P<0,05), в 30-39 лет – 8,0% (P<0,05), в 40-49 лет – 6,3% (P<0,01).

Обращает внимание и распространенность фактора недостаточного потребления овощей и фруктов, которая выявлялась среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% (P>0,05), в 30-39 лет – у 8,0% (P.0,05), в 40-49 лет – у 25,0% (P<0,01.

Как видно, случаи недостаточного потребления овощей и фруктов сравнительно часто отмечаются в группах женщин 15-19 лет, 40-49 лет, которые необходимо будет учесть при планировании лечебно-профилактических стратегий в отношении больных АГ.

Далее, нами были проанализированы особенности пищевых привычек обследованных женщин, как возможного фактора риска развития артериальной гипертензии. Из представленных результатов следует, что практически во всех возрастах встречаются «патогенные», в отношении АГ, пищевые привычки от 7,4% до 69,5%, то есть с частотой в разнице на 62,1% или в 9,3 раз (P<0,001).

Выводы: Таким образом, была отмечена сравнительно высокая частота встречаемости «атерогенного питания», являющейся «главным» фактором риска «зловещей триады» - атеросклероза, ишемической болезни сердца и, или обусловленной артериальной гипертензией. В целом, полученные данные по оценке социально-медицинского фактора риска свидетельствуют о том, что подавляющее большинство обследованного населения имеют эти факторы риска и нуждаются в проведении программ первичной профилактики.

РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Фибрилляция предсердий (ФП) способствует возникновению и прогрессированию сердечной недостаточности и системных тромбоэмболий. ФП возникает как при здоровом сердце, так и при его

заболеваниях. Однако именно такая полиэтиологичность затрудняет понимание причин и механизмов ФП и не позволяет разработать программу патогенетически обоснованной профилактики.

Цель исследования: установить степень риска ФП при различных заболеваниях и патологических отклонениях в здоровье.

Материал и методы: У 90 больных с ФП, 32 - пароксизмальной, 11– персистирующей, 47 – постоянной формой исследованы липидограмма, уровень артериального давления (АД), активность вегетативной нервной системы по анализу катехоламинурии флуориметрически и вариабельности сердечного ритма при суточном мониторировании ЭКГ, наличие и степень дилатации предсердий при эхокардиографии (ЭхоКГ), дисфункция эндотелия сосудов допплерографически, иммунологически содержание С-реактивного белка (С-РБ), интерлейкина-6 (ІЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа). Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни пациентов с ФП.

Результаты исследования: Лиц без наличия сопутствующих заболеваний не выявлено. Основным диагнозом (83,2%) у больных ФП был диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим кардиосклерозом (86,5% случаев). Остальные случаи (16,8%) ФП связывались с миокардитическим кардиосклерозом - 0,6% и кардиомиопатиями (дисгормональная, в т.ч. климактерическая – 9,0%, тиреотоксическая – 4,0%, алкогольная – 3,2%). Наиболее частое сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь (ГБ) у 58,0% пациентов с ФП в одинаковой пропорции (56-58%) при всех трех ее вариантах. Возникновение пароксизмов ФП при ГБ в большинстве случаев ассоциировалось с повышением АД, однако из-за нерегулярного контроля за АД невозможно определить предшествовало ли оно возникновению пароксизма ФП, или возникало на его фоне. В 42,0% ФП сопутствовал хронический пиелонефрит (у 60% больных в активной фазе, сопровождавшейся пиурией, повышением СОЭ и лейкоцитозом), с одновременным наличием ГБ у 80,0% пациентов; скорость клубочковой фильтрации сохранялась в пределах – 80-110 мл/мин. У 20,0% больных с ФП диагностированы заболевания щитовидной железы (ЩЖ) с повышением (35,0%) или понижением (75,0%) ее функции, принимавших терапию, коррегирующую функции ЩЖ, и ни у одного больного с пароксизмом ФП не отмечалось явной дисфункции ЩЖ по результатам радиоиммунного определения гормонов в крови. Связь частоты ФП с сахарным диабетом 2 типа (СД) прослеживалась более явственно ($p<0,05$), чем с заболеваниями ЩЖ. Диагноз СД имелся у 28,0% пациентов с ФП. У 21,0% обследованных в историях болезни отсутствовал анализ на содержание глюкозы в крови. Недостаточно настойчиво у больных с ФП исследовался и липидный обмен. Данные о содержании общего холестерина и его фракций отсутствовали у 13,0% больных. В то же время дислипидемия выявлялась у 45,0% больных ФП. В 18,0% случаев ФП сочеталась с хронической обструктивной болезнью легких и приемом бронхолитиков, в 9,0% - с хроническим холециститом в неактивной фазе, в 14,0% – с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки и гастродуоденитом, в 4,0% – с гастроэзофагальнорефлюксной болезнью. ЭхоКГ выявила дилатацию предсердий у 5,0% больных пароксизмальной формой ФП, у 12,0% больных персистирующей формой ФП, у 52,0% больных постоянной формой ФП. Однако у больных ГБ, СД и дисфункцией ЩЖ различий в частоте и степени дилатации предсердий не отмечено. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены выраженная дисфункция эндотелия, абсолютное повышение симпатической активности и недостаточное противостояние ей парасимпатической нервной системы. Симпатикотония обусловлена избыточной секрецией норадреналина – на 17,5 мкг/24 ч (83,7%), особенно выраженной у больных с сочетанной патологией. Наиболее высокое содержание С-РБ, интерлейкина-6 (ІЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа) и дислипидемия найдены при ГБ и СД.

Заключение: Высокий риск ФП отмечается у больных ГБ, но эффективный контроль уровня АД у них отсутствует. Умеренный, но более выраженный риск ФП прослеживается у больных СД, чем с дисфункцией ЩЖ (чаще гипотиреоз). Несмотря на явные ассоциации ФП с нарушениями углеводного и холестеринового обмена, их исследование осуществляется не у всех пациентов с ФП. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены общие механизмы (высокая степень дисфункции эндотелия, вегетативного дисбаланса, дислипидемии и содержания провоспалительных цитокинов).

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Вахабов Б.М., Курбанова Д, Турсунов М., Алижонов М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Семейная гиперхолестеринемия (СГ) является причиной преждевременного развития сердечно-сосудистых заболеваний у людей молодого возраста. При этом заболевании регистрируется высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности и прослеживается семейный анамнез, но на сегодняшний день не существует единого международного критерия для диагностики СГ. Вопрос о диагностике и лечении СГ остается актуальным до сих пор. С каждым годом открываются новые и новые генные мутации, приводящие к СГ.

Семейная гиперхолестеринемия (СГ) — это группа наследственных генетических нарушений, приводящих к резкому повышению концентрации холестерина в крови. Чаще всего СГ наследуется по

аутосомно-доминантному типу и характеризуется нарушением метаболизма холестерина и липидов, вызываемым мутациями в гене рецептора к липопротеинам низкой плотности (ЛПНП). У таких пациентов уже в детском возрасте отмечается повышение уровня холестерина и ЛПНП крови, что приводит к раннему и агрессивному развитию атеросклероза и его сердечно-сосудистых осложнений.

СГ встречается довольно часто — от 1/200 до 1/500 в Европе. Во всем мире таких больных от 20 до 35млн.

Гиперхолестеринемия у больных с гетерозиготной формой отмечается с рождения, ее выраженность нарастает с возрастом. Уровень общего холестерина у этих больных в 2 раза выше, чем у здоровых, и составляет приблизительно 9—14 ммоль/л, при этом уровень триглицеридов и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) обычно не повышен.

Специфическим диагностическим признаком СГ считаются сухожильные ксантомы. Ксантомы сухожилия встречаются в любом возрасте (чаще бывают в ахилловом сухожилии и сухожилиях мышцы разгибателя пальцев, но также могут возникать в сухожилиях колена и трицепса), бугорчатая ксантома, или ксантелазма, — у пациентов моложе 20—25 лет.

Наличие старческой дуги роговицы и ксантелазм более характерно для больных с гетерозиготным фенотипом СГ моложе 45 лет.

Перечисленные признаки, выявленные при физикальном обследовании, присутствуют не у всех больных СГ, однако при наличии их врач должен заподозрить СГ и назначить необходимые анализы для определения уровня липидов.

Исследования, проведенные у этих пациентов еще до появления эффективных гиполипидемических препаратов (статинов), показали, что без специфического (т.е. гиполипидемического) лечения ишемическая болезнь сердца (ИБС) у гетерозигот мужского пола манифестирует в среднем в 30—40-летнем возрасте, а женского пола — на 10—15 лет позже. При гетерозиготной СГ в отсутствие лечения шанс перенести ИМ в возрасте до 30 лет составляет у мужчин 5%, у женщин <1%, к 50 годам — 50 и 15% и к 60 годам — 85 и 50% соответственно. Таким образом, выживаемость в таких семьях, особенно среди мужчин, существенно снижена. В популяции пациентов с ранней ИБС частота гетерозиготной СГ резко повышена, примерно в 20—30 раз. Считается, что СГ, являющаяся наиболее частой причиной ранней ИБС вследствие дефекта отдельного гена, ответственна приблизительно за 5% всех случаев ИМ у пациентов в возрасте до 60 лет. Несмотря на то, что СГ является моногенным заболеванием, скорость развития атеросклеротического поражения кровеносных сосудов у разных пациентов иногда значительно различается.

ИЗМЕНЕНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ

Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Ойбекова Г.С., Олимов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

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 124 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=48), III-я -дислипидемия с клиническими признаками ИБС (n=76).

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 ± 0,001 ед/экс. Во II -й группе активность МАО составила 0,05 ± 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 ± 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±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.

КАРДИОЛОГИЯНИ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ: ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ

Вахабов Б.М., Курбанова Д, Турсунов М., Алижонов М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Юрак-қон-томир касалликлари (ностабил стенокардия, миокард инфаркти, инсулт) кўп давлатларда, шу жумладан Ўзбекистонда хам ногиронлик ва ўлимни асосий сабабчиларидан бири (Жданов В.С. ва б., 2009; Люсов В.А., 2014; Tavazzi, 2017; Курбонов Р.Д., 2018; Шек А.Б. 2019.). БЖСТ маълумотига кўра юрак-қон-томир касалликлари ичида ўлимнинг асосий қисми юрак ишемик касаллигига (ЮИК) тўғри келади хар йили 12 млн. аҳолини ҳаётдан олиб кетади. ЮИК ривожланиши ҳар хил генетик омиллар ва атроф муҳитднинг ўзаро таъсирига боғлиқ. Кўп ҳолатларда ЮИК, хатарли омилларнинг биргаликдаги таъсири сабабли ривожланиши мумкин, шулар қаторига қон зардобидаги паст зичли липопротеидлар (ПЗЛП) миқдорини ортиши киради. Ирсий омилар ПЗЛПни ҳар хиллигини 50% атрофида ташкил қилади (Добордҗгинидзе Л.М., 2016; Грацианский Н.А., 2018). Умумий холестерин (УХС) ва ПЗЛП миқдорини ортиб кетиш сабабларидан бири бу – оилавий гиперхолестеринемия (ОГХС) - клиник, эрта ЮИК ривожланиши билан ифодаланади.

БЖСТ маълумотларига кўра, 60 ёшгача бўлган ЮИК билан хасталанган беморларнинг 2-5%ини оилавий гиперхолестеринемияли шахслар ташкил қилади (Щербакова М.Ю., 2015). Лекин адабиётдаги баъзи бир изланишларда, атеросклероз, ОГХС билан хасталанган беморларнинг аксариятида ривожланмаслигини ва холестерингa қарши даволанмаса ҳам, узоқ умр кўриши мумкинлигини исботлаган (Мешков А.Н. ва б., 2010; Малышев П.П., 2011).

Оилавий изланишлар шуни кўрсатадики, ОГХС билан хасталанган беморларда ЮИК ривожланиши фақат липидларга боғлиқ эмас, балки, қариндошларида ЮИК мавжудлиги билан хам ифодаланади, й.б. липидлар билан боғлиқ бўлмаган генетик омиларга боғлиқ. Ҳозирги вақтда, баъзи бир оилавий гиперхолестеринемияли оилаларни бошқа оилавий гиперхолестеринемияли оилаларга нисбатан ЮИК билан кўпроқ хасталаниши, муаммо бўлиб қолди (Щербакова М.Ю., 2015).

Охирги вақтдаги изланишларга кўра, ЮИК ривожланишининг янада чуқурроқ тушуниш учун, қон айланишини назорат қилиш тизимини, шу жумладан катехоламинларни (КА), биоген аминлар маҳсулотлари ва уларнинг метаболизмида қатнашувчи ферментларни ўрганиш лозим (Меерсон Ф.З., 1984; Киселёва З.М., 1988; Хужамбердиев М.А., 2008, 2010, Вахабов Б.М. 2012).

Илмий адабиётда ОГХСни гетерозигот шакли билан хасталанган беморларда симпатоадренал тизимини (САТ) фаоллиги тўғрисида жуда кам изланишлар олиб борилган ва унда тизимни фаоллашуви ёки сусайиши кўрсатилган (А.И.Нестерова, 2010; С.Р.Крапивер ва б., 2014; Л.М.Добордҗигинидзе ва б., 2015).

Ҳозирги вақтда перекисли эркинрадикал жараёнлари, ички касалликларнинг ривожланишига, шу жумладан атеросклерозни тезлашишининг асоси ҳисобланишига ҳеч қандай шубҳа йуқ Липидларнинг перекисли оксидланиш (ЛПО) жараёнларини фаоллигини ортиши КА миокардга кардиотоксик таъсир қилиш механизмда асосий рол ўйнайди (Калмыкова В.И., 1989).

Юқоридагиларга кўра, оилавий гиперхолестеринемияда липидлар ва ёг кислоталари алмашинувини бузилиши ҳали мукаммал ўрганилмаган, мавжуд маълумотлар бир бирига зиддиятли ва ҳозиргача кардиологияда очиқ муаммо бўлиб қолмоқда. Шундан хулоса қилиш мумкунки, ЮИК ривожланишида липид билан боғлиқ бўлмаган бошқа, ногенетик, одатий хатар омилларини хам роли борлиги олимлар орасида катта дискуссия бўлиб келмоқда.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТРИАДА СЕЙНТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К.,Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клиническая манифестация автономной или висцеральной полинейропатии ее гастроэнтерологические проявления у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД) остаются мало известны клиницистам и практически, не учитываются в комплексном лечении больных. Проведенные исследования в МКНЦ показали, что у больных СД 2 типа наиболее часто встречаются заболевания, составляющие триаду Сейнта (ТС) – желчнокаменная болезнь, (ЖКБ), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК). В патогенезе этих заболеваний важную роль играют нарушения моторики пищевода, желудка, желчного пузыря и толстой кишки, обусловленные висцеральной полинейропатией. До сих пор не ясно, идет ли речь об истинном синдроме или о случайном совпадении симптомов Триада Сейнта описана в 1948 г. Мюллером (C. J. B. Muller), предложившим назвать ее триадой Сейнта в честь ученого, впервые обратившего внимание на сочетание этих заболеваний. По-видимому, эти три вида патологии сочетаются не случайно. По данным Бертрана и Ле Гоарана (J. Bertrand, P. Le Goarant, 1975), у лиц, страдающих дивертикулезом толстой кишки, другие компоненты Т С. обнаружены в 17,7% случаев, при диафрагмальной грыже – в 25,4%; по данным Фостера и Натсона (J. J. Foster, D. L. Knutson, 1958), у больных, перенесших холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, в 19% случаев. Возраст больных с Т С. выше, чем лиц, страдающих одним из входящих в состав синдрома заболеваний, и составляет в среднем 68 лет. клинической, картине примерно у 2/3 больных преобладают признаки желчнокаменной болезни, у 1/3 – диафрагмальной грыжи, дивертикулез толстой кишки у большинства больных протекает бессимптомно

Цель. Выявить наиболее часто встречающиеся заболевания органов пищеварения у больных с СД 2 типа, проводить своевременно их лечение и профилактику осложнений.

Материалы и методы: обследовано более 400 больных с СД 2 типа в возрасте 45–70 лет. Кроме тщательного клинического обследования больных, проводилось направленное изучение жалоб, анамнеза заболевания, всем больным проводились инструментальные исследования: гастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки желудка и пищевода, колоноскопия, ирригоскопия, изучалась моторика желудка, пищевода, толстой кишки и желчного пузыря, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Недиагностированные и недооцененные заболевания органов пищеварения у больных с СД2 типа выявлены, практически, у 90% больных. Из них в 72% случаях выявлена гастроэзофагеальная рефлюксная болезь (ГЭРБ), осложненная грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, у 54% больных выявлена ЖКБ, а дивертикулярная болезнь толстой кишки в 42% случаев. Бессимптомное течение этих заболеваний отмечалось у 35% мужчин и 45% женщин с СД 2 типа. Триада Сейнта выявлена у 38% больных с СД 2 типа.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоком проценте нераспознанных и недооцененных заболеваний органов пищеварения у больных с СД 2 типа. У 38 % больных выявлено сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменной болезни дивертикулярной болезни толстой кишки, представляющих метаболическую триаду Сейнта. У большинства больных с СД 2 типа протекают эти заболевания атипично, или бессимптомно, имеют высокий % осложнений, требуют своевременной комплексной терапии

РЕЦИДИВЫ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СТОП В ПРАКТИКЕ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА»

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. С развитием помощи больным с синдромом диабетической стопы (СДС) сохранение стопы стало императивом. Это приводит к накоплению в популяции пациентов с высоким риском нового язвенного или рецидива уже когда-то залеченного.

Цель. Изучить частоту рецидивирования язвенных дефектов стоп, клинические характеристики пациентов с рецидивными язвами, а также факторы риска рецидивирования.

Материалы и методы. Из базы данных кабинета диабетической стопы были отобраны записи пациентов, имеющих при обращении язвенный дефект стопы за период с 01/2012 по 11/2017 (1714 пациентов, 2213 язв). Рецидив язвы определялся как дефект, появившийся в том же месте, что первичный язвенный дефект не менее, чем через 8 недель после заживления первого. Рецидивы установлены у 239 пациентов (группа 1), единственный язвенный дефект выявлен у 1475 больных (группа 2). Проанализированы клинические характеристики пациентов, структура исходов лечения, длительность заживления.

Результаты. Достоверных различий по возрасту, длительности сахарного диабета, локализации язв выявлено не было, но частота диабета 1 типа была выше в группе 1 (40,8% 29,9%; p=0,001). В группе 1 послеоперационные деформации (особенно ампутация большого пальца) встречались чаще, чем во 2 группе (43% и 32,7%; p=0,04), как и нечувствительность к монофиламенту (84,7% и 67,8%; p=0,001). Частота артропатии Шарко составила 42,2% в группе 1 и 25,6% в группе 2 (p=0,001). Нейроишемическая стопа с инфекцией встречалась чаще в группе 2 (13,3% и 23%), при этом частота критической ишемии была в 3 раза выше, чем в группе 1 (2,5% 7,5%). Медиана времени заживления составила в группе 1 – 109 дней, в группе 2 – 74 дня (p=0,014). Исходы лечения в 1 и 2 группах: заживление (61,2% и 52,7%), малая ампутация (7,2% 6,6%), большая ампутация (0,4% и 1,4%), заживление после операции (3,8% и 2,8%), отказ от лечения (13,1% и 22,9%), переход в другое амбулаторное учреждение (2,93% и 8%), не зажили (11,4% и 5,6%).

Выводы. Рецидивы ассоциированы с первым типом сахарного диабета, наличием малой ампутации в анамнезе, более тяжёлыми деформациями, в частности со стопой Шарко, а также с тяжелым сенсорным дефицитом. В группе однократных язв стоп чаще отмечалась критическая ишемия и высокая ампутация, хотя в целом, различия в исходах не были достоверными. Исключение составили отказавшиеся от лечения больные, доля которых в группе 2 была почти в 2 раза больше, чем в группе рецидивов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ МОШОНКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется различным аспектам гнойно-некротических заболеваний мягких тканей при сахарном диабете(СД). Одной мало изученных, но тяжело протекающих патологий является флегмона мошонки, приводящая к ухудшению качества жизни пациентов.

Цель. Проанализировать особенности клиники и результаты хирургического лечения больных флегмоной мошонки при СД.

Материалы и методы. За период 2015–2019 гг. в отделении гнойных осложнений СД «РСНПМЦ Эндокринологии» МЗ РУз пролечено 19 мужчин с флегмоной мошонки в возрасте от 17 до 78лет. Из них больные до 20 лет – 1(5,3%),21–30 лет – 1(5,3%), 31–40 лет – 2(10,5%), 41–50 лет – 6(31,6%), 51–60 лет – 5(26,3%), 61–70 лет – 2(10,5%), старше 71 лет – 2(10,5%). Индекс массы тела (ИМТ) составил: ожирением I ст .– 7(36,8%), II ст – 5 (26,3%), избыточная масса тела – 5(26,3%), у 2(10,5%) ИМТ в пределах нормы. 10(52,6%) пациентов имели малоподвижный образ жизни. СД 1 т – 4(21,1%), СД 2 т – 15(78,9%) больных. Длительность заболевания до 1 года – 1(5,3%), до 5 лет – 2(10,5%), до 15 лет – 7(36,8%), более 15 лет – 9(47,4%). Сроки поступления пациентов с момента начала заболевания: 10–17 суток. 15 пациентов (78,9%) имели сопутствующую патологию: ИБС, ПИКС – 4(26,7%), гипертоническая болезнь – 7(46,7%), хроническая болезнь почек ≥4 ст.– 4(26,7%).

Результаты. При поступлении пациенты жаловались на озноб, тошноту, отсутствиеаппетита.Боливобластимошонкиотмечалисьу2(10,5%),спространениемнаобластьбедериинизжив ота– у 1(5,3%) пациента. Общее состояние оценивалось как среднетяжелое и тяжёлое. По лабораторным данным: лейкоцитоз 11,1*109/л – 19,7·109/л – 9(47,4%), у 2(10,5%) до 25*109/л. В 82% случаях отмечены сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ. Протеинурия выявлена у 10(52,6%). В биохимических анализах у 11(57,9%) отмечено повышение уровня мочевины 10,0–28 ммоль/л, креатинина 99-322 мкмоль/л. Уровень гликемии при поступлении: 9,4–18,3 ммоль/л. 4(21,1%) были на ССП, на инсулинотерапии – 14(73,7%), 1(5,3%) больной находился только на диете. Микрофлора из гнойного очага: синегнойная палочка – 2(10,5%), энтерококк – (5,3%), золотистый стафилококк – 5(26,3%), смешанная флора – 9(47,4%) пациентов. Пациентам выполнено вскрытие флегмоны мошонки с широким рассечением гнойника и последующим открытым ведением ран. В последующем 15(78,9%) пациентам проводились этапные некрэктомии. Сроки очищения ран составили 10,6±1,2 суток. Формирование грануляционной ткани происходило на 12,3±0,8 сутки после операции. В связи с большой площадью раны 7 (36,8%) больным на 18±3,2 сутки проведено пластическое закрытие раны, у остальных больных рана закрылась вторичным натяжением, по тем или иным причинам пластика являлась нецелесообразной.

Выводы. Флегмона мошонки является тяжелой гнойной патологией мягких тканей при СД. Пациенты с данной патологией чаще были трудоспособного возраста до 60 лет. Большинство пациентов имели повышенную массу тела и вели малоподвижный образ жизни, что могло служить фактором риска. Начало заболевания стёртое, больные обращаются запоздало, в связи с невыраженным болевым синдромом. Полноценная хирургическая обработка гнойной раны и комплексное лечение позволяет перевести гнойно-некротическую рану во вторую стадию раневого процесса и выполнить реконструктивный этап лечения.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ДАННЫМ АУТОСПИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Веприцкая Е.В., Жулиева .Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным Международной федерации диабетиков (IDF), в настоящее время мире зарегистрировано 415 млн человек с сахарным диабетом (СД), а к 2040 г. прогнозируется увеличение числа людей, страдающих СД до 642 млн чел., что свидетельствует о том, что СД стал важной медико-социальной проблемой. Поэтому всестороннее изучение данной патологии позволяет получить достоверную информацию о течении заболевания, развитии осложнений, продолжительности жизни и т. д.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни и аутопсийных исследований (48), пациентов, умерших в стационере за 7 месяцев 2019 года, из них 12 мужчин (25%) и 36 женщин (75%). Средний возраст составил у мужчин 66,9±5,97 и у женщин 79,3±7,53.

Результаты. Во всех случаях выявлено поражение сосудистой системы с изменениями артерий разного калибра, а также капилляров, артериол и венул практически во всех органах, что приводило к развитию таких осложнений как острый инфаркт миокарда (ОИМ), инфаркт головного мозга, кровоизлияние в головной мозг, которые по данным аутопсийных исследований стали наиболее частой причиной летальных исходов. ОИМ выявлен у 41,3% умерших, их них повторный – в 15,2% случаев. Осложнения со стороны головного мозга наблюдалось в 21,7% случае, из них по тромбоэмболическому типу в 13,1%, по геморрагическому – в 8,7%. Кроме того, в 15,2% в ткани головного мозга выявлены постнекротические кисты различных размеров. Изменения сосудов нижних конечностей с развитием диабетической стопы наблюдалось у 19,6% пациентов. Частота развития диабетической нефропатии как проявления микроангиопатии при СД зависит от длительности заболевания и степени компенсации углеводного обмена. При сопоставлении лабораторных данных выявлено, что повышение уровня креатинина наблюдалось у 17 пациентов (35,4%). Согласно градации степени снижения показателя СКФ по классификации KDIGO(2013) оптимальная (1стадия, уровень СКФ>90мл/мин/ 1,73м2) инезначитель носниженная степень (2 стадия, уровень СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м2) выявлены у 32,36% больных, умеренно сниженная (С3а стадия, 45-59 мл/мин/1,73 м2) – у 8,82%, существенно сниженная (С3б стадия, 30–44 мл/мин/1,73 м2) – у 11,76%, резко сниженная (С4 стадия, 15–29 мл/мин/1,73 м2) – у 23,53%, терминальная почечная недостаточность (С5 стадия, <15 мл/мин/1,73 м2) – 23,53%.

Выводы. Наиболее частой причиной смерти пациентов с СД явились осложнения, связанные с поражением сосудов: на первом месте инфаркт миокарда, на втором - нарушение мозгового кровообращения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

Веприцкая Е.В, Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.
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. Сильнее всего опороспособность конечности страдает при поражении заднего отдела стопы: голеностопный сустав, подтаранный сустав (Sanders IV, V).

Материалы и методы. В период с 2015 по 2019 гг. наблюдался 21 пациент с деформацией заднего отдела стопы, вызванной ДНОАП, который получал 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 постепенно возрастающая нагрузка.Оперативное лечение получили 10 пациентов: 8 – при поражении только заднего отдела стопы, 2 – и заднего и среднего. Из них 7 женщин, 3 мужчин. Артродез заднего отдела костей стопы с использованием аппарата внешней фиксации Илизарова (в 3-х случаях). В остальных – артродез с внутренней фиксацией винтами.

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 наблюдалось.

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; рентгенологическо 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.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.
Андижанский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность: ключевую роль в формировании макулярного отека после хирургии катаракты играет нарушение иммунного статуса глаза. У пациентов с сахарным диабетом вероятность развития данного состояния существенно повышается в связи с исходным нарушением гематоофтальмического барьера.

Цель: определить концентрацию цитокинов во влаге передней камеры у пациентов сахарным диабетом и их взаимосвязь с толщиной фовеа после хирургии катаракты методом ультразвуковой факоэмульсификации.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 72 пациента. Первую группу составили пациенты с сахарным диабетом и без признаков диабетической ретинопатии на глазном дне (38 глаз), вторую группу – пациенты с сахарным диабетом и признаками непролиферативной стадии диабетической ретинопатии (34 глаза). Каждая из групп была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия/отсутствия послеоперационного макулярного отека через 1 месяц после хирургии катаракты. Группы сопоставимы по полу и возрасту. Всем пациентам была выполнена ультразвуковая факоэмульсификация катаракты, забор внутриглазной жидкости осуществляли на начальных этапах операции. Для оценки толщины фовеа оптическая когерентная томография проводилась перед операцией и через 1 месяц после операции. Концентрацию цитокинов во влаге передней камеры определяли методом проточной флюориметрии на двухлучевом лазерном автоматизированном анализаторе (Bio-Plex Protein Assay System, Bio-Rad, США)

Результаты: развитием послеоперационного макулярного отека считали увеличение толщины фовеа на два стандартных отклонения от исходного значения по данным оптической когерентной томографии. ходе исследования было установлено, что у пациентов первой группы в подгруппе со сформировавшимся послеоперационным макулярным отеком концентрации MCP-1 и VEGF оказались достоверно выше ($p<0,05$), чем в подгруппе, где макулярный отек не развился, в то время как у пациентов второй группы статистически значимые различия между двумя подгруппами наблюдались в концентрациях большего количества цитокинов: MCP-1, VEGF, ICAM-1, IL-8 ($p<0,05$), что объясняет более высокую частоту развития данного осложнения у больных, имеющих диабетическую ретинопатию.Концентрации IL-10 и IL-1β оказались ниже порогового уровня и из анализа были исключены.

Вывод: иммунологический статус пациентов в двух группах значительно отличается друг от друга, что свидетельствует о необходимости более тщательного наблюдения в послеоперационном периоде за пациентами, имеющими диабетическую ретинопатию.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ: ОТ ПОЛИНЕВРОПАТИИ К СИНДРОМУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институ

Актуальность. В настоящее время роль нарушений биомеханики стоп в генезе язвенных дефектов и артропатии Шарко не вызывает сомнения. Перераспределение тонуса мышц голени и стопы, изменение структуры соединительной ткани вследствие гликирования, укорочение сухожилий, в частности, Ахиллова, а также уменьшение амортизационных свойств тканей стопы ведут к изменению формы стопы и появлению повышенных нагрузок в определённых отделах стопы. Однако, неясно, как во времени происходят эти изменения и каковы они при различных вариантах патологии стоп.

Цель. Изучить динамику распределения нагрузки под стопой при наблюдении у пациентов с диабетической полиневропатией, язвенными дефектами стоп в анамнезе и артропатией Шарко.

Материалы и методы. Выбраны результаты измерения распределения плантарного давления у 146 больных с сахарным диабетом (14 без полиневропатии, 132 – с полиневропатией), 41 пациент с язвами стоп в анамнезе, 73 пациента с малыми ампутациями, но без язв, и 27 с артропатией Шарко. Отобраны пациенты с повторными исследованиями. Длительность наблюдения составила 5,5±3,5 года. Анализ распределения нагрузки под стопами проводился на педографической платформе emed a-50 (novel gmbh, Германия).

Результаты. Установлено, что по мере нарастания тяжести сенсорного дефицита происходит увеличение нагрузки на передний отдел стопы, а нагрузка на 2–5 пальцы постепенно снижается. Эта закономерность повторяется у больных с язвенными дефектами стоп в анамнезе. Наиболее сложна оценка у больных с малыми ампутациями, т.к. стандартизовать их по виду вмешательства очень сложно. Тем не менее при ампутации большого пальца сохраняется тренд на увеличение нагрузки в переднем отделе. После ампутации 2 пальца с суставом нагрузка перемещается не только в сторону 1 плюснефалангового сустава (ПФС), но и на 4 и 5 ПФС. После ампутации 3–5 пальцев с ПФС, нагрузка перемещается в медиальную сторону. При повторном исследовании выявлено, что в областях с повышенным давлением оно продолжает повышаться, в особенности, в первые два года. При артропатии Шарко с течением времени нагрузка перераспределяется в сторону 1 пальца и 1 ПФС, при пальцы (крючковидная деформация) и увеличение нагрузки на средний отдел (опускание свода).

Выводы. В обследованных группах показаны в значительной степени однонаправленные изменения, сначала ассоциированные с прогрессированием диабетической полинейропатии, а затем преимущественно с органическими и структурными изменениями. Это позволяет предполагать, что изменения биомеханики стопы при сахарном диабете носят континуальный характер. В то же время, при каждом проявлении связанной с полиневропатией патологии имеются свои особенности. Эти соображения позволяют обосновать более частый пересмотр качества и вида ортопедической коррекции, в особенности, у больных с высоким риском синдрома диабетической стопы.

ГИБРИДНЫЕ (АСИНХРОННЫЕ И СИНХРОННЫЕ) ЦИФРОВЫЕ СИСТЕМЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

К.М. Гаджимурадова[1], М.А. Иванова[2,4], М.Н. Гаджимурадов[1], С.Н. Алиева[3]
[1]ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала
[2]ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации, г. Москва
[3]ГБУ РД "Республиканский кожно-венерологический диспансер", г.Махачкала
[4]ГБУ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Департамента здравоохранения Москвы, г.Москва

Актуальность: Телемедицина-это использование телекоммуникационных технологий для оказания медицинских услуг в дистанционном формате. Верификация клинического диагноза в дерматологии основана на визуальном осмотре кожи пациента, что оптимально позволяет сделать дистанционная модель, как в формате «врач-врач», так и «врач-пациент». Кроме того, в ряде ЦРБ республики, штат дерматовенеролога не укомплектован, а в межрайонных КВД и РКВД Республики Дагестан есть угроза инфицирования при личном визите к врачу в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Теледерматология снимает эти проблемы, снижает число социальных контактов и служит альтернативой, сохраняя процесс общения пациента с врачом.

Дистанционные консультации проводятся в двух формах:

- система хранения и передача данных пациента (с промежуточным накоплением данных) (асинхронные),
- в режиме реального времени (синхронные),
- сочетание первых и вторых (гибридные).

Такие формы имеют хороший уровень диагностической надежности. Консультационная система в режиме реального времени позволяет избежать каждое второе личное посещение пациентом клиники, а система хранения и переадресации консультаций каждое четвертое.

Цель исследования - адаптация телемедицинских технологий дистанционному формату верификации клинического диагноза и динамического наблюдения больных врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ).

Материалы и методы исследования. Специалистами Центра ВБЭ ГБУ РД РКВД (далее Центр) в дистанционном формате «врач- врач» и «врач- пациент» обследованы 93 пациента с ВБЭ. У 8 из них ВБЭ установлен впервые. На первом этапе проводился сбор анамнеза жизни, заболевания, семейная родословная, жалобы, сопутствующие заболевания, влияние природно-климатических факторов, которые выполнены с помощью анкеты, состоящей из 56 вопросов. Она заполнялась врачом первичного звена и с фотоизображениями, а также электронной документацией больного пересылалась врачу-консультанту в

Центр, который проводил анализ полученных материалов. На втором этапе, для уточнения типа и субтипа ВБЭ, консультант Центра по видеосвязи общался с пациентом и лечащим врачом, проводил осмотр, задаал дополнительные и уточняющие вопросы. Ухаживающим за пациентом разъяснялись основы ухода и питания больных ВБЭ. На третьем этапе, на основании полученных данных, устанавливался развернутый клинический диагноз ВБЭ, степень тяжести течения ВБЭ с помощью Бирмингемского индекса тяжести БЭ (Birmingham Epidermolysis Bullosa Severityscore [BEBS]) и годовая потребность в медицинских препаратах (МП), лечебном питании (ЛП) и перевязочном материале (ПМ). На заседании медицинской комиссии утверждался клинический диагноз и годовая потребность в МП, ЛП и ПМ. Дальнейшее динамическое наблюдение за пациентами проводилось в программно-аппаратном комплексе СберЗдоровье/DocDoc, состоящего из сайтов по адресу https://docdoc.ru/ и https://sberhealth.ru/ в сети ««Интернет»» и приложения СберЗдоровье/DocDoc для мобильных устройств, который предоставлен ООО «Иновационная медицина». Этим режимом воспользовались 8 пациентов.

Результаты. Центром проведено очное клиническое обследование 34 больных ВБЭ, стоящих на диспансерном учете в близлежащих населенных пунктах (г. Махачкала, г. Каспийск), для идентификации типа и субтипа генодерматоза. По результатам данного этапа исследований определен оптимальный алгоритм дистанционной работы «врач-врач» и «врач-пациент». В дистанционном формате были установлены тип и субтип ВБЭ у 92 (98,92±1,07%) пациентов, а 1 (1,07±1,07%) фигурировал с неуточненным ВБЭ. Повторные онлайн беседы были вызваны необходимостью подробного анализа семейного анамнеза, анамнеза заболевания и уточнения сопутствующей патологии. Пациенты, консультированные дистанционно (93 человека) и ранее на личном приеме (34 человека) составили реестр больных ВБЭ Республики Дагестан. У большей части пациентов зафиксированы множественные сочетанные случаи осложнения органов и систем - 614 случаев у 127 больных. В рамках диспансерного наблюдения 8 пациентов наблюдались в дистанционном режиме. Они отметили такой формат, как приоритетный. Руководство ЛПУ должно согласовать вопрос оплаты теледерматологического формата работы врачам. Необходимо также обеспечить соблюдение режима освещения и тишины, четкость фотоизображений.

Проведенный нами очный, а затем дистанционный формат клинического обследования пациентов с ВБЭ оправдал себя. Удалось верифицировать тип и субтип ВБЭ у всех пациентов с ВБЭ, актуализировать их реестр, определить тактику медицинской помощи. Для решения этой задачи выявили и рекомендовали тактические этапы симбиоза онлайн и формата с промежуточным накоплением данных больного:

1. Осмотр врачом первичного звена, заполнение анкеты, фиксация фотоизображений, а также результаты консультирования смежных специалистов, лабораторно-инструментальных исследований, выписки ранее проведенных госпитализаций в форме электронных документов по сети «Интернет» отправляются в Центр.
2. Специалисты Центра изучают материал и определяют дополнительные вопросы к лечащему врачу и пациенту. Затем, для ответа на них и окончательного вердикта, проводят сеанс видеосвязи. Устанавливают развернутый клинический диагноз и определяют степень тяжести течения BEBS
3. На заседании медицинской комиссии утверждают развернутый клинический диагноз ВБЭ, план лечения и, при необходимости, маршрутизацию госпитализации.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что для динамического наблюдения востребован пациентами и эффективен режим программного обеспечения с мобильным приложением. Он обеспечивает защиту персональных данных больного, фиксирует и хранит документированные программой и врачом дистанционные обращения за медицинской помощью больного. Для повышения качества предоставления телемедицинских услуг некоторым пациентам должна оказываться поддержка техническим персоналом Центра на этапе пользования мобильным приложением в процессе оказания медицинских услуг. Необходимо обеспечить соблюдение режима освещения и тишины, четкое фотоизображение. Для внедрения теледерматологии в повседневную практику, использующие ее врачи должны иметь мотивацию и признать такой формат целесообразным.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ В ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ

Кодиржонов М.А., Солиев Д.Қ., Ахмадалиева У.Қ.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Одной из наиболее актуальных и требующих внимания проблем современной гастроэнтерологии и гепаталогии являются токсические поражения печени (ТПП), обусловленные в первую очередь гепатотоксическим действием алкоголя. По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от болезней, связанных с алкоголем, ежегодно умирает 3,7% жителей планеты, а от алкогольной зависимости 140 миллионов человек, причём половина из них имеют патологию печени. В связи с

неуклонным ростом потребления алкоголя в 1,4 раза, к началу XXI века Россия и страны СНГ занимает лидирующие позиции в мире по потреблению алкоголя при крайне неблагоприятной структуре потребляемых напитков. Прогрессирование алкогольного гепатита (АГ) приводит к развитию фиброза печени (ФП) с последующим переходом в цирроз печени (ЦП), кроме того значимо возрастает риск развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Учитывая это, большое значение имеет ранняя диагностика, позволяющая в той или иной степени определить выраженность некровоспалительных процессов в печёночной паренхиме и начальные стадии ФП. Интерпретация результатов ультразвукового исследования, магнитно-резонансной и компьютерной томографии (КТ) печени с целью определения степени ФП затруднено из-за отсутствия универсальных критериев оценки. Существует целый ряд диагностических тестов: биохимические показатели (трансаминазы - АСТ, АЛТ, ГГТП и пр.), показатели острофазных белков (альфа-2-макроглобулин, гаптоглобин и пр.), а также медиаторы фиброгенеза и компоненты экстрацеллюлярного матрикса, определяемые в сыворотке крови (коллаген I, III, IV типов, гиалуроновая кислота и пр.). Недостатком этих методов является низкая специфичность к процессам фиброгенеза именно в печени, а в работах Stevenson M. и соавт. (2012г.) и Lieber C.S. и соавт. (2008г.) показана неэффективность их применения при алкоголь-индуцированном ФП, особенно в предцирротической стадии.

В настоящее время полные сведения о характере поражения и степени его тяжести может дать морфологическое исследование печени, однако широкое внедрение пункционной биопсии печени (ПБП) ограничивается наличием нескольких проблем: отсутствием нормативных документов, нехваткой квалифицированных морфологов, потенциальным риском развития осложнений и пр. Существенные преимущества современных методов неинвазивной диагностики перед биопсией печени - простота, дешевизна, информативность, возможность проследить за динамикой процесса, удобство применения как скрининг - метода для пациентов из групп риска. Наибольший интерес представляет собой метод непрямой ультразвуковой эластографии печени (УЭП) на аппарате «Фиброскана». При данном исследовании определяется средний уровень эхоплотности печеночной паренхимы по объёму исследования ткани многократно превосходящий таковой ПБП.

“Компрессионная эластография при эндосонографии как метод ранней дифференциальной диагностики стадий фиброзного процесса печени” Т.Г. Морозова (Россия, 2014-г). Метод непрямой ультразвуковой эластографии печени позволяет эффективно определять F2-F3 степень фиброза, что подтверждается выявленной сильной корреляционной связью между степенью фиброза, установленной при пункционной биопсии печени, и степенью фиброза по данным ультразвуковой эластографии печени (r=0,83; p=0,001). Наибольшая специфичность ультразвуковой эластографии печени отмечалась при F2 и F3 степени фиброза - 85,2% и 90,7% соответственно. Чувствительность метода оказалась высокой (100%) у всех пациентов.

“Применение эластографии печени в динамической оценке эффективности терапии больных алкогольным гепатитом”. Еремин Михаил Николаевич (Россия, 2013г). Алкогольный гепатит клинически характеризуется преобладанием астено-вегетативного и холестатического синдромов, а также синдромом «правого подреберья». В лабораторно-инструментальной диагностике характерно преобладание цитолитического и холестатического синдромов, умеренной гепатомегалии, различной степени выраженности гистологической активности в сочетании с фиброзом печени. Прослеживается сильная прямая корреляционная связь (r=0,9; p=0,001) зависимости уровня гистологической активности от дозы и длительности регулярно потребляемого алкоголя.

“Ультразвуковая эластография для неинвазивной оценки цирроза печени и портальной гипертензии”. А. Г. Скуратов, А. Н. Лызиков, С. В. Свистунов (Россия, 2017 г). Применение ультразвкуковой эластографии у пациентов с хроническими заболеваниями печени позволит оценить жёсткость печени, провести стратификацию и выявить пациентов с повышенным риском развития клинически значимой портальной гипертензии, нуждающихся в дополнительном обследовании с использованием инвазивных методов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикава Н.А
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

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 региональных особенностей 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.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ганиев Б., Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Для оптимизации лечения бронхиальной астмы (БА) среди взрослого населения регионов Узбекистана нами проведен анализ ключевых факторов эффективности терапии БА.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 768 больных с БА в регионах Узбекистана. Целевая переменная: контроль заболевания. Независимые переменные: соответствие назначаемых препаратов и доз требованиям GINA, уменьшение объема терапии при хорошо контролируемой БА, снижение массы тела и здоровое питание, физическая активность, техники дыхания, контроль над эмоциональным стрессом, прекращение курения и избегание воздействия аллергенов. Был составлен Логитмодель 1, 2 и 3, Пробит модель 3 и 4, а также томпит – модель 5 и 6. В итоге мы получили следующие: AIC логит – модели наименьшая, BIC гомпит – модели наименьшая и AIC – модели самая большая. Использовались специальные методы статистического анализа – критерий Колмогорова – Смирнова, статистика Хосмера – Лемешоу и были получены маржинальные эффекты.

Результаты и выводы. Была разработана программа фармакоэпидемиологического мониторыеннога (лекарственной профилактики) для регионов Узбекистана. Схема программы представлена на рисунке:



Цель программы фармакоэпидемиологического мониторинга – анализ ключевых эпидемиологических и социально – демографических показателей, качества контроля БА в условиях клинической практики у больных, проживающих в регионах РУ.

Основные задачи фармакоэпидемиологического мониторинга:

а) проанализировать основные социально – демографические и эпидемиологические показатели обследуемой когорты пациентов с БА;

б) проанализировать качества контроля БА; распространенность факторов риска в группах пациентов, проживающих в различных регионах РУ;

в) изучить объем, своевременность проведения лечебно-профилактических мероприятий при ведении пациентов с БА в РУ, а также оценить их соответствие требованиям GINA

г) сравнить данные с аналогичными показателями исследований предыдущих лет.

Критерии включения: пациенты старше 18 лет, страдающие БА не менее одного года, которые посещают занятия в «Астма-школе».

Критерии исключения: возраст менее 18 лет, наличие тяжелых соматических, онкологических и психических заболеваний.

Преимуществами данной программы фармакоэпидемиологического мониторинга является то, что она может оказывать влияние на политику применения лекарственных средств в масштабах как конкретного лечебного учреждения и областей республики, так и страны в целом.

Необходимо ограничить применение больным с диагнозом легкой интермиттирующей БА и ИГКС, LABA, системные ГКС. Для этого можно ограничить показания, внести в инструкцию особые предупреждения.

Также необходимо более активное использование у пациентов с легкой персистирующей БА, БА умеренного течения и тяжелой БА и ГКС. Этого можно достичь путем включения их в клинические рекомендации, стандарты терапии, перечни лекарственных средств, которые частично или полностью финансируются государством.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Д.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что наличие гипергомоцистеинемии повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий независимо от традиционных факторов риска.

Таким образом, сведения о роли гиперпродукции прокоагулянтов в формировании тромбофилического состояния при артериальной гипертензии немногочисленны, а существующие методы лечения гипергомоцистеинемии имеют ограничения. Мало данных о дисфункции эндотелия в патогенезе осложнений эссенциальной артериальной гипертензии и особенностях неспецифической воспалительной реакции при этом заболевании. Выяснение этих значимых особенностей стало предметом нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений коагуляционного гемостаза, уровни маркёров воспаления и показатели эндотелиальной дисфункции у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты исследования клинико-лабораторных показателей 82 больных эссенциальной артериальной гипертензией. Клинические данные были получены на базе клинике АГМИ. Критериями включения в исследование больных были артериальная гипертензия II-III стадии.

Результаты исследования. В течение последних лет появились многочисленные эпидемиологические и экспериментальные данные, констатирующие наличие гипер-коагуляционных изменений в системе гемостаза при эссенциальной артериальной гипертензии. Было установлено, что патогенетические механизмы опасных для жизни больного осложнений артериальной гипертензии, таких как ишемический инсульт и инфаркт миокарда, тесно связаны с активацией и/или дисфункцией системы свёртывания крови. Именно поэтом, мы сконцентрировали усилия на выявлении особенностей нарушений коагуляционного гемостаза в разных группах больных артериальной гипертензией.

Определение РФМК в плазме в ряде клинических ситуаций имеет большое диагностическое значение, поскольку является маркером внутрисосудистого свертывания крови. Уровень РФМК в группе контроля был равен 3,3±0,1 мг%, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель был выше и составил 7,8±0,6 мг% ($p<0,001$). Повышенную концентрацию РФМК мы обнаружили у 54 пациентов с АГ (66%).

Известно, что повышение активности коагуляционного фактора VIII предрасполагает к тромбозам и является тромбофилическим состоянием. Мы определили содержание этого коагуляционного фактора у больных артериальной гипертензией. В группе контроля уровень фактора VIII был равен 99,9±3,6%, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель составил 131, (±6,6%, что оказалось выше ($p<0,001$), чем в контрольной группе.

Хорошо известно, что ишемические повреждения головного мозга и инфаркты миокарда нередко сопровождают артериальную гипертензию.

Оказалось, что в группе больных без осложнений этот показатель был равен 126,7±6,9%, а в группе пациентов с осложненным течением АГ этот параметр составил 151,7±17,5%. При сравнении этих двух групп больных артериальной гипертензией были выявлены статистически значимые различия ($p<0,05$).

При проведении корреляционного анализа между уровнем фактора VIII и СРБ связи выявлено не было ($r=0,06$; $p=0,963$). Не было также выявлено зависимости между уровнями коагуляционного фактора VIII и Ил-6 ($r=0,025$; $p=0,814$). Таким образом, мы не обнаружили корреляционной связи между гиперпродукцией коагуляционного фактора VIII и повышением концентрации маркеров воспаления.

Выводы. Определение повышенной коагуляционной активности антигемофиль-ного глобулина и высокой концентрации антигена фактора Виллс-бранда у больных эссенциальной артериальной гипертензией позволяет сформировать группу риска развития эпизодов атеротромбоза.

У больных эссенциальной АГ, имеющих высокий индекс массы тела, уровни СРБ и Ил-6 значительно выше, чем у пациентов с нормальной массой тела, что следует учитывать при оценке выраженности воспалительного процесса у больных, страдающих ожирением.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ pSTAT3 ПРИ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ) является наиболее распространенным вариантом лимфопролиферативных заболеваний взрослых (30–40 % от всех неходжкинских лимфом). Данная нозология объединяет гетерогенную группу лимфоидных неоплазий с различными морфологическими, иммунофенотипическими, генетическими характеристиками, а также вариабельным клиническим течением и ответом на терапию.

Стандартным лечебным подходом при этом заболевании является иммунохимиотерапия по схеме R-CHOP, применение которой позволило существенно улучшить показатели 5-летней общей выживаемости. Несмотря на это, у значительной части больных результаты лечения остаются неудовлетворительными. По данным разных авторов, у 30–50 % пациентов нет шансов на длительную ремиссию: заболевание остается рефрактерным к лечению или рано рецидивирует.

Цель исследования. Оценить прогностическое значение экспрессии белка STAT3 у пациентов диффузной В-крупноклеточной лимфомой.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включили 50 пациентов (28 мужчин и 22 женщины) с впервые установленным диагнозом ДВККЛ, проходивших лечение в клинике АГМИ с 2019 по 2021 гг. Все больные получали стандартную терапию первой линии по схеме R-CHOP. Медиана возраста составила 59 лет (от 31 до 83 лет).

Результаты исследования. Иммуногистохимические исследования проводили на биопсийных образцах опухолевой ткани и лимфоузлов с использованием антитела к STAT3 (pSTAT3-Tyr705) по общепринятой методике. На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований всех больных разделили на две группы в зависимости от количества STAT3 позитивных опухолевых клеток. Их пороговый уровень при этом составил 66 %. В первую группу вошли 34 обследуемых (68 %) с гиперэкспрессией белка (66 % и выше), во вторую-16 (32 %) с низкой степенью экспрессии маркера (меньше 66 % клеток). Общую и беспрогрессивную выживаемость рассчитывали по методу Каплана-Мейера с графическим построением кривых выживаемости. Сравнительный анализ показателей проводили с использованием логарифмического рангового критерия (log-rangtest).

В группе с гиперэкспрессией STAT3 3-х летняя общая выживаемость пациентов была значительно ниже, чем в группе с низкой экспрессией данного маркера, (53 %, n = 18, медиана наблюдения = 30 мес. против 94 %, n = 15, медиана не достигнута, p = 0,004). Аналогичная закономерность обнаружена при оценке выживаемости, свободной от прогрессии—38 % (n = 13) в случаях с высокой экспрессией маркера STAT3, 50 % (n = 8) — с низкой, p = 0,047. Медиана выживаемости без прогрессии в первой группе соответствовала 8 мес., во второй-26 мес., то есть была в три раза ниже.

Вывод. Гиперэкспрессия белка STAT3 ассоциирована с неблагоприятным течением заболевания у больных ДВККЛ, получавших терапию первой линии по схеме R-CHOP. Уровень экспрессии STAT3 можно применять в качестве дополнительного критерия, позволяющего прогнозировать ответ на стандартную терапию при этой патологии.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Дж.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что наличие гипергомоцистеинемии повышает риск раннего развития атеросклероза и тромбоза коронарных, церебральных и периферических артерий независимо от традиционных факторов риска.

Таким образом, сведения о роли гиперпродукции прокоагулянтов в формировании тромбофилического состояния при артериальной гипертензии не-многочислены, а существующие методы лечения гипергомоцистеинемии имеют ограничения. Мало данных о дисфункции эндотелия в патогенезе осложнений эссенциальной артериальной гипертензии и особенностях неспецифической воспалительной реакции при этом заболевании. Выяснение этих значимых особенностей стало предметом нашего исследования.

Цель исследования. Изучить особенности нарушений коагуляционного гемостаза, уровни маркёров воспаления и показатели эндотелиальной дисфункции у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты исследования клинико-лабораторных показателей 82 больных эссенциальной артериальной гипертензией. Клинические данные были получены на базе клинике АГМИ. Критериями включения в исследование больных были артериальная гипертензия II-III стадии.

Результаты исследования. В течение последних лет появились многочисленные эпидемиологические и экспериментальные данные, констатирующие наличие гипер-коагуляционных изменений в системе гемостаза при эссенциальной артериальной гипертензии. Было установлено, что патогенетические механизмы опасных для жизни больного осложнений артериальной гипертензии, таких как ишемический инсульт и инфаркт миокарда, тесно связаны с активацией и/или дисфункцией системы свёртывания крови. Именно поэтому мы сконцентрировали усилия на выявлении особенностей нарушений коагуляционного гемостаза в разных группах больных артериальной гипертензией.

Определение РФМК в плазме в ряде клинических ситуаций имеет большое диагностическое значение, поскольку является маркером внутрисосу-дистого свертывания крови. Уровень РФМК в группе контроля был равен 3,3±0,1 мг%, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель был выше и составил 7,8±0,6 мг% ($p<0,001$). Повышенную концентрацию РФМК мы обнаружили у 54 пациентов с АГ (66%),

Известно, что повышение активности коагуляционного фактора VIII предрасполагает к тромбозам и является тромбофилическим состоянием. Мы определили содержание этого коагуляционного фактора у больных артериальной гипертензией. В группе контроля уровень фактора VIII был равен 99,9±3,6%, а в группе больных артериальной гипертензией этот показатель составил 131, (±6,6%, что оказалось выше ($p<0,001$), чем в контрольной группе.

Хорошо известно, что ишемические повреждения головного мозга и инфаркты миокарда нередко сопровождают артериальную гипертензию.

Оказалось, что в группе больных без осложнений этот показатель был равен 126,7±6,9%, а в группе пациентов с осложненным течением АГ этот параметр составил 151,7±17,5%. При сравнении этих двух групп больных артериальной гипертензией были выявлены статистически значимые различия ($p<0,05$).

При проведении корреляционного анализа между уровнем фактора VIII и СРБ связи выявлено не было ($r=0,06$; $p=0,963$). Не было также выявлено зависимости между уровнями коагуляционного фактора VIII и Ил-6 ($r=0,025$; $p=0,814$). Таким образом, мы не обнаружили корреляционной связи между гиперпродукцией коагуляционного фактора VIII и повышением концентрации маркеров воспаления.

Вывод. Определение повышенной коагуляционной активности антигемофиль-ного глобулина и высокой концентрации антигена фактора Виллс-бранда у больных эссенциальной артериальной гипертензией позволяет сформировать группу риска развития эпизодов атеротромбоза.

У больных эссенциальной АГ, имеющих высокий индекс массы тела, уровни СРБ и Ил-6 значительно выше, чем у пациентов с нормальной массой тела, что следует учитывать при оценке выраженности воспалительного процесса у больных, страдающих ожирением.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ pSTAT3 ПРИ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ

Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Дж.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Диффузная В-крупноклеточная лимфома (ДВККЛ) является наиболее распространенным вариантом лимфопролиферативных заболеваний взрослых (30–40 % от всех неходжкинских лимфом). Данная нозология объединяет гетерогенную группу лимфоидных неоплазий с различными морфологическими, иммунофенотипическими, генетическими характеристиками, а также вариабельным клиническим течением и ответом на терапию.

Стандартным лечебным подходом при этом заболевании является иммунохимиотерапия по схеме R-CHOP, применение которой позволило существенно улучшить показатели 5-летней общей выживаемости. Несмотря на это, у значительной части больных результаты лечения остаются неудовлетворительными. По данным разных авторов, у 30–50 % пациентов нет шансов на длительную ремиссию: заболевание остается рефрактерным к лечению или рано рецидивирует.

Цель исследования. Оценить прогностическое значение экспрессии белка STAT3 у пациентов с диффузной В-крупноклеточной лимфомой.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включили 50 пациентов (28 мужчин и 22 женщины) с впервые установленным диагнозом ДВККЛ, проходивших лечение в клинике АГМИ с 2019 по

2021 гг. Все больные получали стандартную терапию первой линии по схеме R-CHOP. Медиана возраста составила 59 лет (от 31 до 83 лет).

Результаты исследования. Иммуногистохимические исследования проводили на биопсийных образцах опухолевой ткани и лимфоузлов с использованием антитела к STAT3 (pSTAT3-Tyr705) по общепринятой методике. На основании анализа данных литературы и результатов собственных исследований всех больных разделили на две группы в зависимости от количества STAT3 позитивных опухолевых клеток, их пороговый уровень при этом составил 66 %. В первую группу вошли 34 обследуемых (68 %) с гиперэкспрессией белка (66 % и выше), во вторую—16 (32 %) с низкой степенью экспрессии маркера (меньше 66 % клеток). Общую и беспрогрессивную выживаемость рассчитывали по методу Каплана-Мейера с графическим построением кривых выживаемости. Сравнительный анализ показателей проводили с использованием логарифмического рангового критерия (log-rang test).

В группе с гиперэкспрессией STAT3 3-х летняя общая выживаемость пациентов была значительно ниже, чем в группе с низкой экспрессией данного маркера, (53 %, n = 18, медиана наблюдения = 30 мес. против 94 %, n = 15, медиана не достигнута, p = 0,004). Аналогичная закономерность обнаружена при оценке выживаемости, свободной от прогрессии—38 % (n = 13) в случаях с высокой экспрессией маркера STAT3, 50 % (n = 8) — с низкой, p = 0,047. Медиана выживаемости без прогрессии в первой группе соответствовала 8 мес., во второй—26 мес., то есть была в три раза ниже.

Вывод. Гиперэкспрессия белка STAT3 ассоциирована с неблагоприятным течением заболевания у больных ДВККЛ, получавших терапию первой линии по схеме R-CHOP. Уровень экспрессии STAT3 можно применять в качестве дополнительного критерия, позволяющего прогнозировать ответ на стандартную терапию при этой патологии.

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Делкашева Ш.Д., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Острый миелобластный (или миелоидный) лейкоз (ОМЛ) - это рак кроветворной системы. В нашем тексте Вы получите важную информацию о самой болезни, какие у неё бывают формы, как часто ею заболевают дети и почему, на какие симптомы надо обратить внимание, как ставить диагноз, как лечить детей и какие у них шансы вылечиться от этой формы рака.

Защита от свободных радикалов представляет собой многоуровневую систему биооксидантов, включающую различные ферменты, неферментные белки, а также низкомолекулярные соединения. Дисбаланс функционирования ОС-АОС ведет к повреждению клеточных мембран и структуры белков, особенно гликозилированных, а также нуклеиновых кислот и углеводов. Значение сбалансированности ОС-АОС у больных ОМЛ, в том числе, в процессе проведения высокодозной химиотерапии, к настоящему времени остается малоизученным.

Цель исследования. Изучить динамику показателей ОС-АОС у больных ОМЛ в ходе проведения высокодозной химиотерапии с целью оценки возможности использования изученных параметров для прогнозирования эффективности применяемых схем лечения.

Материалы и методы исследования. В работе исследовалось состояние ОС-АОС у больных ОМЛ в процессе лечения в следующих 4 точках: до лечения, после лечения, в стадии глубокой цитопении и по выходе из нее. Всего обследовано 39 больных ОМЛ (17 мужчин и 22 женщины, средний возраст 50 лет). Контрольную группу составили 50 здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных ОМЛ наблюдается дисбаланс ОС-АОС: отклонения от нормы в большинстве случаев содержания МДА-незначительные до лечения и наиболее заметные в состоянии глубокой цитопении. Наилучшее восстановление большинства показателей (кроме НТГ) происходит у больных ОМЛ при использовании в лечении ВДХТ и аутоТГСК- показатели ОС-АОС при выходе из цитопении приближаются к таковым в норме, хотя полного восстановления не наблюдается. Характерным практически у всех обследованных больных до, в процессе и после окончания лечения было значительное (на 40–70 %) снижение содержания НТГ эритроцитов.

Выводы. Полученные в работе результаты свидетельствуют о дисбалансе ОС-АОС у больных ОМЛ. Использованные методы лечения ОМЛ не оказывали влияния на содержание НТГ, поскольку 90 % НТГ составляет глутатион. Это свидетельствует о глубоком истощении данного антиоксиданта первичной линии защиты от СР. Учитывая участие глутатиона во многих биохимических реакциях (восстановление железа из трехвалентной в двухвалентную форму, способность связывать ионы меди, детоксикация перекиси и транспорт аминокислот через мембрану), следует обратить внимание на содержание НТГ при подборе и оценке методов лечения ОМЛ. Необходимы поиски стабилизации данного показателя.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

ДелкашеваШ.Д., Шокирова Г.К., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последнее время в лечении злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, проблема борьбы с этими заболеваниями остается весьма актуальной.

Отчетливая тенденция роста заболеваемости, высокий уровень смертности от гемобластозов, ранняя от начала заболевания инвалидизация и высокая степень инвалидности среди больных обусловливают значительный социально-экономический ущерб, который наносится обществу этими тяжелыми заболеваниями, и вызывают необходимость комплексного изучения проблемы совершенствования качества медицинской помощи при данной патологии.

Целью исследования являлся анализ качества медицинской помощи (МП) больным гемобластозами в условиях гематологического стационара по данным экспертных оценок.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клиники АГМИ. В структуре диагнозов наибольшую часть составляли хронический лимфолейкоз (24,1 %), множественная миелома (23,2 %), острые лейкозы (21,5 %), неходжкинские лимфомы (17,6 %), ниже была доля миелодиспластических синдромов (5,6 %), хронического миелолейкоза (6,5 %), первичного миелофиброза (1,9 %). Мужчины составляли 43,5 %, женщины-56,6 %. Сопутствующая патология имелась у большинства (80,6 %) пациентов, осложнения - более чем у половины (51,8 %).

Результаты исследования. Дефекты оказания МП выявлены в 52,6 %. При оценке качества сбора анамнеза средний балл составил 0,46 ± 0,03. При этом он существенно отличался в сравниваемых ГО, составляя: в ГО 1–0,19 ± 0,04; в ГО 2–0,5 ± 0,04; в ФУЗ-0,71 ± 0,05. Выше был средний балл при оценке качества физикального (0,83 ± 0,02) и лабораторно-инструментальных (0,76 ± 0,02) обследований.

При отсутствии сопутствующей патологии он был выше (0,9), чем при ее наличии (0,71). Достаточно высоко оценено качество диагностики основного заболевания (0,88 ± 0,03), ниже - диагностики осложнений и сопутствующих заболеваний (0,59 ± 0,03). Наиболее высоким был средний балл оценки противоопухолевой терапии (0,95 ± 0,06), ниже - сопроводительного и симптоматического лечения (0,77 ± 0,03). Средний балл оценки тактики ведения пациента с точки зрения возможности оказания эффективной МП на последующих этапах составил 0,57 ± 0,02, а с точки зрения использования ресурсов здравоохранения 0,63 ± 0,02 (показатели, характеризующие преемственность).

Низким был средний балл качества ведения медицинской документации: 0,49 ± 0,03. Установлены основные дефекты лечебно-диагностического процесса: ошибки преемственности (частота выявления 88,8 %); дефекты сбора анамнеза (77,8 %); ошибки диагностики сопутствующих заболеваний и недоучет наличия этих заболеваний при планировании и проведении программной терапии (73,5 %); неполнота сопроводительной терапии (45,9 %); недостатки ведения медицинской документации (92,6 %). Выявленные дефекты МП оказали негативное влияние на состояние пациентов в 12,0 % случаев, привели к нерациональному использованию ресурсов здравоохранения в 74,8 %. Среди причин дефектов лечебно-диагностического процесса системные ошибки составляли 40,7 %.

Выводы. Проведенный анализ показал, что имеются дефекты в оказании стационарной гематологической помощи, которые имеют реальные отрицательные последствия для состояния пациентов. Причем, в 40,7 % случаев эти дефекты имеют системный характер (т.е. будут воспроизводиться и в последующем), что требует принятия системных организационно-управленческих решений.

ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Делкашева Ш.Дж., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Острый миелобластный (или миелоидный) лейкоз (ОМЛ) - это рак кроветворной системы. В нашем тексте Вы получите важную информацию о самой болезни, какие у неё бывают формы, как часто ею заболевают дети и почему, на какие симптомы надо обратить внимание, как ставят диагноз, как лечат детей и какие у них шансы вылечиться от этой формы рака.

Защита от свободных радикалов представляет собой многоуровневую систему биооксидантов, включающую различные ферменты, неферментные белки, а также низкомолекулярные соединения. Дисбаланс функционирования ОС-АОС ведет к повреждению клеточных мембран и структуры белков, особенно гликозилированных, а также нуклеиновых кислот и углеводов. Значение сбалансированности ОС-

АОС у больных ОМЛ, в том числе, в процессе проведения высокодозной химиотерапии, к настоящему времени остается малоизученным.

Цель исследования. Изучить динамику показателей ОС-АОС у больных ОМЛ в ходе проведения высокодозной химиотерапии с целью оценки возможности использования изученных параметров для прогнозирования эффективности применяемых схем лечения.

Материалы и методы исследования. В работе исследовалось состояние ОС-АОС у больных ОМЛ в процессе лечения в следующих 4 точках: до лечения, после лечения, в стадии глубокой цитопении и по выходе из нее. Всего обследовано 39 больных ОМЛ (17 мужчин и 22 женщины, средний возраст 50 лет). Контрольную группу составили 50 здоровых лиц.

Результаты исследования. У больных ОМЛ наблюдается дисбаланс ОС-АОС: отклонения от нормы в большинстве случаев содержания МДА—незначительные до лечения и наиболее заметные в состоянии глубокой цитопении. Наилучшее восстановление большинства показателей (кроме НТГ) происходит у больных ОМЛ при использовании в лечении ВДХТ и аутоТГСК— показатели ОС-АОС при выходе из цитопении приближаются к таковым в норме, хотя полного восстановления не наблюдается. Характерным практически у всех обследованных больных до, в процессе и после окончания лечения было значительное (на 40–70 %) снижение содержания НТГ эритроцитов.

Выводы. Полученные в работе результаты свидетельствуют о дисбалансе ОС-АОС у больных ОМЛ. Использованные методы лечения ОМЛ не оказывали влияния на содержание НТГ. Поскольку 90 % НТГ составляет глутатион, это свидетельствует о глубоком истощении данного антиоксиданта первичной линии защиты от СР. Учитывая участие глутатиона во многих биохимических реакциях (восстановление железа из трехвалентной в двухвалентную форму, способность связывать ионы меди, детоксикация перекиси и транспорт аминокислот через мембрану), следует обратить внимание на содержание НТГ при подборе и оценке методов лечения ОМЛ, а именно необходимы поиски стабилизации данного показателя.

КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Делкашева Ш.Дж., Шокирова Г.К., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последнее время в лечении злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, проблема борьбы с этими заболеваниями остается весьма актуальной.

Отчетливая тенденция роста заболеваемости, высокие уровни смертности от гемобластозов, ранняя от начала заболевания инвалидизация и высокая степень инвалидности среди больных обусловливают значительный социально-экономический ущерб, который наносится обществу этими тяжелыми заболеваниями, и вызывают необходимость комплексного изучения проблемы совершенствования качества медицинской помощи при данной патологии.

Целью исследования являлся анализ качества медицинской помощи (МП) больным гемобластозами в условиях гематологического стационара по данным экспертных оценок.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клинике АГМИ. В структуре диагнозов наибольшую часть составляли хронический лимфолейкоз (24,1 %), множественная миелома (23,2 %), острые лейкозы (21,5 %), неходжкинские лимфомы (17,6 %), ниже была доля миелодиспластических синдромов (5,6 %), хронического миелолейкоза (6,5 %), первичного миелофиброза (1,9 %). Мужчины составляли 43,5 %, женщины—56,6 %. Сопутствующая патология имелась у большинства (80,6 %) пациентов, осложнения—более чем у половины (51,8 %).

Результаты исследования. Дефекты оказания МП выявлены в 52,6 %. При оценке качества сбора анамнеза средний балл составил 0,46 ± 0,03. При этом он существенно отличался в сравниваемых ГО, составляя: в ГО 1–0,19 ± 0,04; в ГО 2–0,5 ± 0,04; в ФУЗ—0,71 ± 0,05. Выше был средний балл при оценке качества физикального (0,83 ± 0,02) и лабораторно-инструментальных (0,76 ± 0,02) обследований.

При отсутствии сопутствующей патологии он был выше (0,9), чем при ее наличии (0,71). Достаточно высоко оценено качество диагностики основного заболевания (0,88 ± 0,03), ниже — диагностики осложнений и сопутствующих заболеваний (0,59 ± 0,03). Наиболее высоким был средний балл оценки противоопухолевой терапии (0,95 ± 0,06), ниже—сопроводительного и симптоматического лечения (0,77 ± 0,03). Средний балл оценки тактики ведения пациента с точки зрения возможности оказания эффективной МП на последующих этапах составил 0,57 ± 0,02, а с точки зрения использования ресурсов здравоохранения 0,63 ± 0,02 (показатели, характеризующие преемственность).

Низким был средний балл качества ведения медицинской документации: 0,49 ± 0,03. Установлены основные дефекты лечебно-диагностического процесса: ошибки преемственности (частота выявления 88,8 %); дефекты сбора анамнеза (77,8 %); ошибки диагностики сопутствующих заболеваний и недоучет

наличия этих заболеваний при планировании и проведении программной терапии (73,5 %); неполнота сопроводительной терапии (45,9 %); недостатки ведения медицинской документации (92,6 %). Выявленные дефекты МП оказали негативное влияние на состояние пациентов в 12,0 % случаев, привели к нерациональному использовнию ресурсов здравоохранения в 74,8 %. Среди причин дефектов лечебно-диагностического процесса системные ошибки составляли 40,7 %.

Выводы. Проведенный анализ показал, что имеются дефекты в оказании стационарной гематологической помощи, которые имеют реальные отрицательные последствия для состояния пациентов. Причем, в 40,7 % случаев эти дефекты имеют системный характер (т.е. будут воспроизводиться и в последующем), что требует принятия системных организационно-управленческих решений.

К ВОПРОСУ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПРИ COVID-19

С.Э.Джумабаева, Э.С.Джумабаев, М.Ю.Валиева, Э.Эргашев.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Как уже известно, COVID-19 - потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2. Представляет собой заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции лёгкого течения, так и в тяжёлой форме. Наиболее частым осложнением заболевания является вирусный пневмонит, способный приводить к острому респираторному дистресс-синдрому и последующей острой дыхательной недостаточности, при которых чаще всего необходимы кислородная терапия и респираторная поддержка.

Уже доказано, что в патогенезе SARS-CoV-2 – инфекции лежат нарушения в системе коагуляции крови, приводящие к грозным осложнениям со стороны всех систем организма и, нередко, к смертельным исходам.

Заболеванию подвержены люди всех возрастов, медианный же возраст людей с инфекцией SARS-CoV-2 составляет 50 лет. Тяжёлые формы заболевания чаще бывают у пожилых людей возрастом за 60 лет с сопутствующими заболеваниями. Большинство молодых людей и детей переносят заболевание в лёгкой форме, в том числе в виде лёгкой пневмонии, или асимптоматически, и какое-либо специфическое лечение не требуется, а выздоровление происходит само по себе. Тяжёлые формы болезни с большей вероятностью могут развиться у пожилых людей и у людей с определёнными сопутствующими заболеваниями, включающими сахарный диабет, сердечные-сосудистые заболевания и др., которые вносят свой вклад в течение, исход заболевания и требуют дополнительных усилий, как отдельных стационаров, так и здравоохранения в целом. В китайском отчёте с информацией по 72 314 случаям заболевания в 81 % случаев заболевание проходило в лёгкой форме, в 14 % - в тяжёлой и в 5 % состояние пациентов было критическим.

Таким образом, проблема полиморбидности - одна из ведущих проблем здравоохранения, в том числе и на фоне новой короновирусной инфекции.

В связи с этим, представляет научный и социальный интерес изучение вклада полиморбидности в течение COVID-19 среди жителей нашего города, что и определило цель исследования.

Материалы и методы исследования: Объектом для исследования послужат 200 мужчин и женщин, случайной выборки, находившихся на стационарном лечении в COVID-центрах г. Андижана.

Будет проведен анализ истории болезни с заполнением клинического диагноза, лабораторно-биохимические данные: общий анализ крови и мочи, АЛТ, АСТ, билирубин, общий холестерин и липидный спектр, СРБ, ферритин, сахар в крови, креатинин, коагулограмма и др. А также инструментальные исследования: рентгеноскопия/графия, КТ грудной клетки, ЭКГ, УЗИ брюшной полости и почек и другие исследования, подтверждающие клинический диагноз.

Выводы:

1. На основании полученных данных будет проведена оценка степени тяжести полиморбидности по системе CIRS у пациентов с COVID-19, госпитализированных в специализированные стационары г. Андижана.

2. Будут получены результаты влияния вида полиморбидности на течение новой короновирусной инфекции, для определения дальнейшей тактики лечения и прогнозирования течения COVID-19, а также разработки мер по профилактике тяжести течения и летальных исходов.

ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ОСТЕОАРТРИТА

С.Э.Джумабаева, Э.С.Джумабаев, М.Ю.Валиева, К. Кобилжанов
Андижанский государственнный медицинский институт

Остеоартрит (ОА), или первичный остеоартроз, представляет собой гетерогенную группу заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава: хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и окулосуставных мышц.

Современные представления о патогенетических механизмах развития медленно прогрессирующего развития системного поражения суставов и позвоночника убеди- тельно свидетельствуют и указывают на ведущую роль механизма воспаления во всех ревматических заболеваниях в целом и при первичном остеоартрозе в частности. Если ранее ОА долгое время считали болезнью «износа», ведущей к потере хряща, и придерживались «механической теории» развития болевого синдрома, последующие наблюдения того, что многие растворимые медиаторы (цитокины или простагландины) могут увеличивать выработку матричных металлопротеиназ хондроцитами, привели к первым шагам «воспалительной» теории ОА.

Таким образом, ОА является сложным заболеванием с провоспалительными медиаторами, выделяемыми хрящом, костью и синовиальной оболочкой, при этом слож- ность и многообразие клинических проявлений остеоартрита и спондилоартрита определены особенностями строения гиалинового хряща и его взаимодействием с другими основными структурами сустава и околосуставных структур, что привело к выделению различных его форм – фенотипов ОА.

На сегодняшний день существует несколько классификаций фенотипов ОА: Фенотип с минимальными изменениями в хряще: для него характерны невыраженные дегенеративные процессы в хрящевой ткани суставов и позвоночника, что обуславливает медленное прогрессирование заболевания и неяркую клиническую картину его течения.

Фенотип хронической боли: характеризуется наличием генерализованной боли и ее центральной сенситизацией. Терапия хронической боли у таких пациентов должна включать антидепрессанты, антиконвульсанты, психотерапию. Метаболический фенотип: сочетается с метаболическими нарушениями у пациентов (ожирение, сахарный диабет, дислипидемия, артериальная гипертензия) и повышенным уровнем сывороточного лептина. Комплексная терапия ОА у этих пациентов обязательно включает снижение веса, лечение эндокринных расстройств, противовоспалительную терапию. Механический фенотип: характеризуется дегенерацией хряща в определенных зонах сустава и может сопровождаться смещением оси сустава вследствие перенесенной травмы или варусной девиации. Пациентам этой группы важно рекомендовать физио- и мануальную терапию, акупунктуру, хороший эффект дает ношение стелек-реклинаторов или ортезов для коленных суставов. Медикаментозная терапия пациентов с механическим типом ОА включает анальгетики, препараты группы SYSADOA, внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты и ингибиторы факторов роста нервов. Воспалительный фенотип: сочетается с местным воспалением, фоном для которого является избыточная экспрессия провоспалительных цитокинов. Терапия пациентов с ОА этого фенотипа должна включать НПВП, метотрексат, SYSADOA, препараты гиалуроновой кислоты.

Целью исследования является изучение этио-патогенетических фенотипов у жителей г.Андижана, для определения структуры ОА и тактики лечения.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования послужат мужчины и женщины, отобранные методом случайной выборки. В исследовании будут использованы общеклинический, лабораторно-биохимический методы (определение маркеров воспаления: лейкоциты крови, СОЭ, СРБ, РФ, ИЛ-1 и др.), а также рентген- и УЗИ суставов. Для определения степени боли и функциональных нарушений суставов будет использована визуальная аналоговая шкала и индекс Лекена.

Результаты исследования позволят определить фенотипы ОА в нашем регионе и определить тактику лечения, направленную как на симптом-модификацию, т.е. улучшение качества жизни пациентов, так и болезнь-модификацию - уменьшение функциональной недостаточность суставов, развитие инвалидности и потребности в эндопротезировании суставов.

Выводы: терапия ОА представляет собой непростую комплексную задачу и должна основываться на дифференцированном подходе к каждому пациенту в зависимости от ведущего механизма развития фенотипа заболевания.

“COVID-19 IFEKSIYASINING ETIOLOGIYASI VA EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI (Toshkent shahri misolida)”

Yoqubov Q.Yo., Mirtazavey O.M., Matnazarova G.S., Rasulov Sh.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, epidemiologiya kafedrasi

Mavzuning dolzarbligi. Covid-19 – yuqori kontagiozli o‘tkir respirator virusli infeksiya bo‘lib, umumiy intoksikatsiya, yuqori va quyi nafas yo‘llarining yallig‘lanishi, respirator sindromi, isitma, traxeya, bronx va o‘pkaning virusli total yallig‘lanishi (pnevmoniya) bilan kechadigan og‘ir kasallik hisoblanadi. Ushbu yuqumli kasallik o‘ta xavfli bo‘lib, muhim ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega. Birgina 2020 yilni o’zida Covid-19 infeksiyasi pandemiya shaklida butun dunyoga Osiyo, Amerika, Evropa, Afrika, Avstraliya, Lotin Amerikasi kabi qit’alarga tarqaldi, 200 dan ortiq davlatlarda epidemiya shaklida qayd etildi.Mikroorganizmlarga nom qo‘yuvchi Xalqaro qo‘mita 2020 yil 11 dekabrda, yangi koronavirus kasalligini qo‘zg‘atuvchi virusga SARS-Cov-2 deb rasmiy nom berdi. Butun jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (BJSST) ushbu kasallikni Covid-19 (“coronovirus disease -2019”) deb atashni tavsiya qildi. Hozirgi kunga qadar dunyo miqiyosida kasallika chalinganlar soni 125 537 800 nafarga vafot etganlar soni esa 2 758 723 nafardan oshdi va bu ko`rsatkich kundan kunga o`sib bormoqda.

Etiologiyasi. Koronaviruslar (Coronoviridae) – RNK tutuvchi viruslar. Elektron mikroskop ostida ko’rilganda tojsimon (korona) ko’rinishiga ega. Ushbu viruslar tabiatda keng tarqalgan, odamlar va hayvonlar organizmida ko’payib kasallik tug’diradi.

Koronaviruslar RNK musbat zanjirga ega va o’ziga yarasha replikatsiya (qon hujayralar ichiga kirish) xususiyatga egaligi aniqlangan.

Hozirgi kunda antigenlik hususiyati bo’yicha koronaviruslar 4 guruhga bo’linadi: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus, Deltacoronavirus.

Koronaviruslar odamlarda bir qancha respirator kasallarni keltirib chiqaradi – yengil shakldagi o’tkir respirator virusli infektsiyalar (O’RVI) to og’ir shakldagi o’tkir respirator kasalliklargacha (TORS yoki SARS).

Hozirgi davrda odamlar orasida yengil shakldagi mavsumiy o’tkir respirator kasalliklarni chaqiruvchi 4 xildagi (Hcov-229E, -OC43, -NL63 va HKU1) koronaviruslar va og’ir shakldagi respirator kasalliklarni chaqiradi, o’ta patogenligikoronaviruslar – yangi sharq respirator belgili (sindrom) kasallik virusi (MERS) va yangi paydo bo’lgan koronavirus infektsiyasi (Covid-19) virusi (SARS-Cov-2).

SARS-Cov-2 – RNK saqlovchi virus bo’lib, Coronoviridae oilasiga, Betacoronavirus turiga kiradi. Ushbu virus o’ta patogenligi tufayli, mikroorganizmlarning II guruh patogenligiga kiradi. Covid-19 qo’zg’atuvchi virus ko’rshapalaklarda uchrashi ham isbotlangan.

Koronaviruslar tashqi muhitga chidamli. Kasallangan bemorlardan ajralgan viruslar +40S - 300S haroratda bir necha soatdan to 14 kungacha tashqi muhitda saqlanib qoladi. Tashqi harorat +400S – 500S bo’lgan taqdirda ham viruslar tashqi muhitda bir necha kun saqlanib qolishi mumkin. Bemor organizmidan yo’talganda, aksa urganda ajralgan virus buyumlarda, qo’lda, uy predmetlarida 3 kundan to 7 kungacha saqlanib turadi. Virus 1.0% xlor va xlor tutuvchi moddalarga chidamsiz, 70% spirtga ta’sirchan. Koronavirus tarkibida lipidlar qobig’i bo’lganligi sababli ishqor tutuvchi sovun va ishqoriy moddalar ta’sirida tez nobud bo’ladi.

Kasallanish xolati eng ko`p kuzatilayotgan davlatlar.

AQSH	– 30 704 292	BuyukBiritaniya	– 4 312 908
Braziliya	- 12 227 179	Italiya	– 3 440 862
Hindiston	– 11 787 534	Ispaniya	– 3 241 345
Rossiya	– 4 492 692	Turkiya	– 3 091 282
Fransiya	– 4 378 446	Germaniya	– 2 709 872

Covid-19 infeksiyasi O‘zbekistonni ham chetlab o‘tmadi. Ushbu infeksiya O‘zbekistonda 2020 yil mart oyidan boshlab ro‘yxatga olina boshladi. Hozirgi kunga kelib O`zbekistonda virusga chalinganlar soni 81 816 nafarga yetdi va bu ko`rsatkich bilan dunyo bo`yich 95-o`rinda bormoqda.O`zbekiston hududida kasalanish xolatining 58.8% Toshkent shaxri, 19.5% Toshkent viloyati, 3.3% Namangan viloyati, 3.1% Samarqand viloyati, 2.9% Andijon viloyati va 2.0% Qashqadaryo viloyati tashkil etmoqda.

Maqsad: Toshkent shahrida Covid-19 kasalligini epidemiologik xususiyatlarini o`rganish va uning epidemiologik nazoratini takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari. O`zbekiston Respulikasi sog`likni saqlash vazirligi huzuridagi sanitariya epidemiologiya osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmatining Toshkent shahar boshqarmasi rasmiy ma`lumotlari va xisobotlari.

Tadqiqot usullari. Ushbu ilmiy ishni bajarishda epidemiologik va statistik usullardan foydalanildi.

Tadqiqot natijasilari. Toshkent shahari axolisi o`rtasida koronavirus infeksiyasi “COVID-19” bo`yicha epidemic vaziyatning murakabligi joriy 2021 yilda ham saqlanib qolmoqda.

Joriy yilning o`tgan davri mobaynida (Malumotlar 2021 yilning 12-mart sanasiga asoslangan) Toshkent shahari bo`yicha jami 1717 nafar bemorlarda koronavirus infeksiyasi ro`yxatga olindi.

Ishtimoiy tarkibiga ko`ra 315 (36.7%) nafar bemor korxona, tashkilot muassasa xodimlari, 630 (36.7%) nafar uybekalari, 48 (2.9%) nafar tibbiyot xodimlari, 57 (3.3%) nafar oliygox talabalari, 181 (10.5%) nafar maktab o`quvchilari, 76 (4.4%) nafar uyishmagan bolalar, 14 (0.8%) nafar uyishgan bolalar, 7 (0.4%) nafar muruvvat uyi

tarbiyalanuvchilari, 2 (0.1%) nafar chet el fuqorolari, 49 (3%) nafarni o`qituvchilar va 338 (20.0%) nafarini boshqa guruxdagi axoli tashkil etadi.

Kasallanish holatining 222 nafar (13%) 14 yoshgacha, 78 nafar (4.5 %) 15-19 yosh, 210 nafar (12.2%) 20-29 yosh, 264 nafar (15.4%) 30-39 yosh, 234 nafar (13.5%) 40-49 yosh, 244 nafar (14.3%) 50-59 yosh hamda 465 nafar (27.1%) 60 yosh va undan kattalarda tashkil qilmoqda. Kasallanish holati barcha yoshlarda kuzatilmoqda.

Covid-19 infektsiyasining epidemiya va pandemiya shaklida kechishiga quyidagi omillar sabab bo’ladi: aholining zichligi; aholining migratsiyasi (chet elga chiqib kelishi); aholi yashaydigan xonalar va maydonlarning sanitariya-gigiena holatining yomonligi; aholining uch nafar va undan ortiq holda bir joyga yig’ilishi (to’ylar o’tkazish, kontsertlarda, san’at saroylarida aholining yig’ilishi, umumiy ovqatlanish xonalariga bir vaqtda yig’ilish); bolalarning bog’chalarga va maktablarga borib guruhlar va sinflarda yig’ilishi; oliy va o’rta ta’lim institut va universitetlarida, kollejlarda ta’lim olayotgan talabalarning bir joyda yig’ilishi; epidemiya kuzatilayotgan vaqtda fuqarolar to’ylar va ma’rakalar o’tkazishi; epidemiya kuzatilayotgan vaqtda fuqarolarning masjidlarga, senagoglarga, cherkovlarga borishi oilaviy poliklinika va shifoxonalarda koronavirus bilan kasallangan fuqarolarni tashxis qo’ymasdan qabul qilish va davolash; shaharlarda va viloyat hududlarida maxsus ruxsatnomasi bo’lmagan shaxsiy avtomashinalarda odam olib yurish; chet eldan kelayotgan o’zbekiston va chet el fuqarolarni tekshiruvdan o’tkazmasdan turib shaharga kiritish.

Ushbu omillar Covid-19 infektsiyasining keng tarqalib epidemiyaga va pandemiya shakliga o’tishiga sabab bo’ladi.Hozirgi paytda kelib ushbu kasallik dunyoning 220 dan ortiq mamlakatlarda qayd qilingan.

Xulosa. Yuqoridagi ma`lumotlarga tayangan xolda shuni aytishimiz mumkinki O`zbekiston hududida kasallanish holati Toshkent shahrida eng ko`p kuzatilmoqda. COVID-19 infeksiyasining xavo-tomchi va kantak yo`llari orqali yuqishini inobatga olagan holda shuni aytishimiz mumkinki bunga sabab qilib Toshkent shahrida aholining zichlashish xolatlari ko`p kuzatilishini ko`rsatishimiz mumkin.“COVID-19” koronavirus infeksiyasi bo`yicha barqaror epidemiologik vaziyatni taminlash va kasallikni aholi orasida tarqalishini oldini olish maqsadida, aftobus, metro va boshqa transport vositalarida axolini zichlashishini oldini olish va aholizichlashadigan xar qanday joylarda karantin qoidalariga to`liq amal qilish, harorati ko`tarilgan va shamollash alomatlari kuzatilgan bemorlarni erta aniqlash va “COVID-19” koronavirus infeksiyasiga analiz topshirish tavsiya etiladi.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Жалилов А.О. Кучкаров А.М. Эргашев А.А. Абдуллаев А.Х.
Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Узбекистан

Цель. Оценить прогноз пациентов с ОКС в зависимости от объема поражения коронарного русла по данным КАГ

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов коронароангиографии 93 пациентов с ОКС. В зависимости от результатов КАГ выделяли следующие группы: пациенты с поражением ствола ЛКА или гемодинамически значимым трехсосудистым поражением (1 группа, n = 40), пациенты с гемодинамически значимым поражением одной или двух коронарных артерий (2 группа, n = 38), а также пациенты с гемодинамически незначимым поражением или отсутствием патологии коронарных артерий (3 группа, n = 15).

Результаты. Пациенты с незначимым поражением коронарного русла (3 группа) были моложе, имели меньше сопутствующих заболеваний, у них достоверно реже регистрировалась артериальная гипертензия, сахарный диабет и дислипидемия, но при этом они более часто указывали на анамнез стенокардии по сравнению с пациентами 1 и 2 группы. Длительность пребывания в отделении реанимации была наибольшей у пациентов 1 группы и составляла 3,8 ± 1,7 дней, в то время как у остальных пациентов данные показатели не различались (2,8 ± 1,6 дней и 2,4 ± 1,9 дней для 2 и 3 группы соответственно). В период госпитализации при наличии поражения ствола ЛКА или трехсосудистого поражения прогноз был наиболее неблагоприятным: госпитальная летальность составила 2,15%, в то время как у пациентов 2 группы данный показатель был менее 1,07% ($p < 0,01$), а при отсутствии гемодинамически значимого поражения коронарного русла летальных исходов не зафиксировано. В течение 6 месяцев после выписки из стационара итоговая выживаемость пациентов без развития нефатального инсульта или инфаркта миокарда составила 87,5% в 1 группе, 94,8% во 2 группе и 100% у пациентов с нормальными результатами КАГ.

Выводы. Таким образом, при комплексной оценке прогноза у пациентов с ОКС наличие гемодинамически значимых стенозов трех коронарных артерий по данным КАГ, а также поражение ствола ЛКА, являлось предиктором развития больших сердечно-сосудистых событий (кардиальной смерти, нефатального инсульта и инфаркта миокарда). В то же время прогноз пациентов с нормальными результатами КАГ был сопоставим с результатами больных, имевших одно- или двухсосудистое гемодинамически значимое поражение.

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 боғликдир. 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 алохида 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 кўрсатқичини тахлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (TMAO) 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 метоболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чикишига таъсир кўрсатишини хисобга олган холда бахолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чикиш.

Илмий ишда 90 нафар ЮИК билан хасталанган беморда ва 30 нафар соглом назорат гурухида 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 хеч 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 ИМТ=30.99 ± 2.1 кг/кв.м. Биринчи гурухда эркаклар 14, иккинчида 16, учинчида 15,туртинчида 16 нафар 61 % . Хар бир гурухда 48.3% 50.0% 53.3% 53.3% 51.3%. Аёллар орасида хар бир гурухга нисбати15, 2- 15, 3- 14, 4- 14, умумий 58 % хар бирида 51.7% 50.0% 46.7% 46.7% 48.7% беморни ташкил этди. Хаммаси бўлиб биринчи гурухда 29, 2- 31, 3- 29, 4-30, умумий сони 119 % ташкил этди. Назорат гурухида ИМТ уртача 25.30 ± 1.9 кг/кв.м, 6 (20%) тана юки меъерда бўлган (ИМТ=18.5-24.9 кг/кв.м), 24 (80%) нафарида ортиқча тана юки аниқланган (ИМТ =25-29.9 кг/кв.м).

ЮИК билан хасталанган беморларда (1,2,3 гурух) ва юрак хасталиги йўқ контингентда (4 гурух) бир бирига нисбатан жиддий фарқ қилиши ($p< 0.05$) сабабани янада чукурроқ ўрганишга ундайди.

ИЗУЧИТЬ УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ И ДЛИННОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Жураева М.А., Алейник В.А., Холикова Д.С., Ашуралиева Н.Д., Усманов С.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Холецистокинин (ХЦК) и гастрин вместе составляют семейство гомологичных пептидных гормонов, которые являются физиологическими лигандами для рецептора гастрин / ХЦК-В, тогда как рецептор ХЦК-А связывает только сульфатированные ХЦК-пептиды. Пептиды ХЦК в основном продуцируются в тонких кишечных эндокринных I-клетках и в нейронах головного мозга. Пептиды ХЦК регулируют секрецию и рост панкреатических ферментов, сокращение желчного пузыря, подвижность кишечника, сытость и подавляют секрецию желудочной кислоты. Кроме того, они являются мощными нейротрансмиттерами в мозге и на периферии.

Целью исследования является изучить в экспериментах на крысах степень утилизации печенью короткоцепочных (пентагастрина, ХЦК-8) и длинноцепочных (гастрина-17, ХЦК-33) пептидов по изменению секреторной функции пищеварительных желёз желудка и поджелудочно

Материал и методы. Исследования проводились на базе НИЛ АГМИ в 2017-2020 гг. на 274 белых беспородных крысах-самцах массой 180-220 г, которых содержали в стандартных условиях вивария. Эксперименты проводили в соответствии с «Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментов и других научных целей» (Страсбург,1985). Всего по результатам проведенных 42 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние введения

в портальную и периферическую вену короткоцепочного пептида пентагастрина (Г-5) и длинноцепочного пептида гастрина-17 (Г-17) на секреторную функцию желудочных желез.

Результаты исследоваиия: Установлено, что введение в периферическую вену (в/в) Г-5 приводит к достоверному увеличению объема выделяемого желудочного сока, в сравнении с введением физиологического раствора,соответственно 1,7±0,08 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001) (рис. А). При этом под влиянием Г-17, введенного в периферическую вену (в/в), также объем выделяемого желудочного сока был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора 1,8±0,09 мл и 0,5±0,03 мл (P<0,001) и незначительно выше, чем после введения Г-5 (рис. 3.1.А).

При введении Г-5 внутрипортально отмечалось достоверное увеличение выделяемого объема желудочного сока, по сравнению с этим показателем при внутрипортальном введении физиологического раствора, соответственно 1,1±0,08 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001). В тоже время показатели объема сока при внутрипортальном введении Г-5 были достоверно ниже, чем таковые значения при введении в периферическую вену 1,1±0,08 мл и 1,7±0,08 мл(P<0,001). Внутрипортальное же введение Г-17 вызывало достоверное увеличение объема желудочного сока, по сравнению с внутрипортальным введением, как физиологического раствора – 1,65±0,12 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001), так и Г-5 – 1,65±0,12 мл и 1,1±0,08 мл (P<0,001). При этом показатели при внутрипортальном введении Г-17 были несущественно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену 1,8±0,09 мл и 1,65±0,12 мл проведено 5 серий экспериментов.

Показатели общей кислотности желудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению объема желудочного сока и ОПА. После введения в периферическую вену, эффекты Г-5 были достоверно выше эффектов физиологического раствора соответственно 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001). Также и после введения в периферическую вену, эффекты Г-17 были достоверно выше эффектов физиологического раствора, соответственно 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин и 5,6±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), но незначительно ниже таковых после введения Г-5, соответственно 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин. При внутрипортальном введении эффекты Г-5 были выше, чем физраствора, соответственно 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), однако эти показатели были достоверно ниже, чем после введения его в периферическую вену, соответственно 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин и 16,7±1,2 Мкмоль/20 мин (P<0,001). В тоже время внутрипортальное введение Г-17 вызывало достоверное увеличение общей кислотности желудочного сока, по сравнению с внутрипортальным введением физиологического раствора, соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 5,1±0,4 Мкмоль/20 мин (P<0,001), а также Г-5, соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 8,6±0,6 Мкмоль/20 мин (P<0,001).При этом показатели при внутрипортальном введении Г-17 были незначительно ниже, чем при введении этого пептида в периферическую вену соответственно 13,2±1,1 Мкмоль/20 мин и 14,5±1,1 Мкмоль/20 мин.

Представленные данные свидетельствуют, что при прохождении через печень короткоцепочного гастрина Г-5 происходит значительное снижение секреторных эффектов, что выражается в достоверно низких показателях объема желудочного сока и общей кислотности. Однако отмечается выраженное, но недостоверное снижение показателей ферменто-выделительной деятельности желудка. При этом при прохождении через печень длинноцепочного гастрина Г-17 происходит уменьшение секреторных эффектов, что выражается в незначительном снижении показателей объема желудочного сока и общей кислотности.

Эти данные подтверждают предположение об участии печени в утилизации короткоцепочных пептидов, но не длинноцепочных у крыс. Таким образом, печень участвует в пептидергических механизмах регуляции деятельности желудка.

ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА

Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д.
Андижанский государственный медицинский институт

Нами представляло интерес изучить факторы, оказывающие влияние на изменение утилизации печенью короткоцепочных пептидов. Одним из предполагаемых нами факторов, влияющих на утилизационную способность печени, являлся трипсин.

Представлены результаты 56 острых экспериментов на крысах, в которых изучалось модифицирующее влияние на секреторную функцию желудочных желез короткоцепочного пептида пентагастрина (Г-5) совместно с трипсином путем введения в портальную и периферическую вены.

Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием трипсина введенного в периферическую вену (в/в), был недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора, соответственно 0,6±0,05 мл и 0,5±0,03 мл (P>0,5). А под влиянием трипсина, введенного в портальную вену (в/п), был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 0,9±0,05 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001).

Объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 1,7±0,15 мл, так и портальную вену 1,1±0,09 мл, был достоверно выше, таковых показателей после введения

физиологического раствора соответственно 0,5±0,03 мл и 0,7±0,04 мл (P<0,001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,1±0,09 мл (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось по отношению к Г-5 недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 1,7±0,15 мл и 1,9±0,17 мл (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 1,1±0,09 мл и 1,35±0,11 мл (P<0,001) .

Показатели ОПА желудочного сока после введения трипсина, как в периферическую вену 34,6±2,9 Ед/20 мин, так и в портальную вену 36,8±3,1 Ед/20 мин, были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P>0,5), но незначительно выше, чем при введении в периферическую вену. Показатели ОПА под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин, так и в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были достоверно выше, чем таковые показатели после введения физиологического раствора соответственно 29,9±2,3 Ед/20 мин (P<0,001) и 31,4±2,7 Ед/20 мин (P<0,001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин, были недостоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин (P>0,5). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение показателей при введении в периферическую вену 51,3±4,7 Ед/20 мин мин и 59,2±5,1 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 42,8±3,5 Ед/20 мин и 54,1±4,3 Ед/20 мин (P<0,05) .

Показатели общей кислотности желудочного сока имели закономерности, отмеченные по выделению объема желудочного сока и ОПА. После введения трипсина в периферическую вену (в/в), эти показатели были недостоверно выше, чем после введения физиологического раствора 7,1±0,5 Ед/20 мин и 5,6±0,4 Ед/20 мин (P>0,5) . А под влиянием трипсина в портальную вену (в/п), были достоверно выше, чем после введения физиологического раствора 6,8±0,6 Ед/20 мин и 5,1±0,3 Ед/20 мин (P<0,001).

Показатели общей кислотности желудочного сока под влиянием Г-5, введенного как в периферическую вену 16,7±1,3 Ед/20 мин, так и портальную вену 8,6±0,7 Ед/20 мин, были достоверно выше, показателей после введения физиологического раствора соответственно 5,6±0,4 Ед/20 мин (P<0, 001) и 5,1±0,3 Ед/20 мин (P<0, 001). При этом показатели под влиянием Г-5, введенного в портальную вену 8,6±0,7 Ед/20 мин, были достоверно ниже показателей при введении в периферическую вену 16,7±1,3 Ед/20 мин (P<0,001). В тоже время под влиянием совместно трипсина и Г-5 отмечалось недостоверное увеличение относительно Г-5 показателей при введении в периферическую вену 18,4±1,5 Ед/20 мин и 16,7±1,3 Ед/20 мин (P>0,5) и достоверное увеличение при введении в портальную вену 11,3±0,9 Ед/20 мин и 8,6±0,7 Ед/20 мин (P<0,05) .

По результатам этих исследований можно заключить, что у крыс печень утилизирует короткоцепочный пептид пентагастрин. Трипсин незначительно увеличивает секреторную активность желудка при введении в периферическую вену и существенно при введении в портальную вену, что указывает на возможность трипсина снижать способность печени утилизировать короткоцепочный пептид пентагастрин,

Таким образом, трипсин инкретирумый поджелудочной железой может способствовать снижению утилизации печенью короткоцепочных пептидов и тем самым участвовать в физиологических механизмах регуляции деятельности пищеварительных желез желудка.

OPTIMIZATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHRONIC APICAL DENTAL PERIODONTITIS

Zhuraeva N.I.
Department of Hospital and Clinical Dentistry
Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, the treatment of caries and its complications is a complex, multi-stage process, the success of which depends not only on the level of qualifications of the dentist, but also on the technical equipment. Despite the high level of instrumental support, which allows the use of modern technologies, and a wide selection of filling materials, complications of caries, as well as ineffective endodontic treatment are not exceptional. In view of this, among the most important and urgent tasks of therapeutic dentistry is the problem of diagnosis and treatment of patients with chronic apical periodontitis.

Despite the fact that foreign authors have proven the effectiveness and safety of ozone therapy in medical practice, today there are no complex clinical and laboratory studies aimed at studying the effectiveness of ozone therapy in the treatment of chronic apical periodontitis.

Purpose of the study. Increasing the effectiveness of complex endodontic treatment for various forms of chronic apical periodontitis using ozone therapy.

Materials and research methods. We carried out a comprehensive clinical and X-ray examination and treatment of patients with chronic apical periodontitis observed at the Department of Therapeutic Dentistry of

AOSB in Andijan. 130 patients aged 35 to 65 years were under clinical observation. Diagnostics was carried out on the basis of the International Classification of Diseases of the tenth revision (ICD-C 10).

All patients (n = 130) who were under observation, on the basis of a comprehensive clinical and laboratory study, were diagnosed with chronic apical periodontitis (K04.5).

Research results. As a result of a microbiological study, it was found that during a qualitative analysis of the microflora of the root canals of teeth with destructive forms of chronic apical periodontitis, carried out before the use of ozone therapy, the frequency of detection of microorganisms was as follows: microaerophilic streptococci (S. sanguis - in 40% of cases, S. mitis - in 30% of cases, E. faecalis - in 50% of cases ^; anaerobic cocci (P.anaerobins - in 50% of cases,) gram-positive anaerobic bacteria (Actinomyces naeslimdii - in 50% of cases); gram-negative anaerobic bacteria (E. corrodens - in 20 % of cases, Prev.endodontis - in 30% of cases).

We also conducted a study of the level of contamination of the root canals of teeth with destructive forms of chronic apical periodontitis. Before ozone therapy it was: S. sanguis - 4.00 + 0.29, S. mitis - 3fil ± Q, \ 2, E. faecalis - 2.40 + 0.11, P.anaerobius - 3.60 + 0 , 11, Actinomyces naeslundii - 3.40 + 0.18, E. corrodens - 2.50 + 0.14, Prev. endodontis - 2.67 + 0.12.

To carry out a comparative assessment of the effectiveness of treatment of chronic apical periodontitis using ozone therapy, all patients were divided into the main and control study groups. The main group consisted of 65 patients (45 women and 20 men) with a diagnosis of chronic apical periodontitis, in whom drug treatment of root canals was carried out using ozone therapy. The patients of the main group were divided into two subgroups depending on the form of chronic apical periodontitis. Subgroup A consisted of 32 patients with granulating chronic apical periodontitis. Subgroup B included 33 patients with granulomatous chronic apical periodontitis.

The control group consisted of 65 patients diagnosed with chronic apical periodontitis, whose endodontic treatment was carried out according to the traditional scheme without the use of ozone therapy. The control group patients were also divided into two subgroups depending on the form of the disease. Subgroup C consisted of patients with granulating (31 patients), and subgroup D - with granulomatous form of chronic apical periodontitis (34 patients).

Conclusions. The features of the structure of microbial associations in destructive forms of chronic apical periodontitis have been established. Based on the data of a microbiological study aimed at assessing the antimicrobial effect of ozone therapy, as well as the results of a clinical study of the effectiveness of ozone use during endodontic treatment of chronic apical periodontitis, practical recommendations have been developed for the use of ozone therapy during endodontic treatment of granulating and granulomatous forms of chronic apical periodontitis.

PSYCHOLOGICAL ROLE OF PARENTS IN PREPARING A CHILD AT A CHILD DENTIST

Zhuraeva N.I.
Department of Hospital and Clinical Dentistry
Andijan State Medical Institute

Relevance. Psychologists and psychiatrists warn parents about the negative effect of discussing doctors, in particular the dental profile, in the presence of impressionable young children. Stories passed down from adults to children can work as a source of bad behavior for years.

The child is inextricably linked with his parents, and the personal psychological protection of the parents extends to him. The consequences of high anxiety of the mother in relation to the health of the child are unfavorable. Hence, too burdensome control over the child, suggestion, transmission of his anxiety and fears to him.

Today, there is still a need for non-pharmacological correction of the child's behavior at the dental appointment. The question of the influence of the stereotype of parental behavior on the child's behavior in a pediatric dentist remains open.

Purpose of the study. Reducing the level of fear and anxiety at the dental appointment with the help of psychological methods used in preschool children with different levels of cooperation.

Materials and research methods. We examined 200 children and 100 parents who applied for dental care with children aged 3 to 7 years. Children were divided into 2 study groups, in which the method of gambler therapy was carried out in combination with psychological techniques, and a comparison group (an introductory preliminary conversation was conducted before treatment, gambler therapy was not used).

Results of the study The results of the study showed that gambler therapy is an effective psycho-corrective remedy at children's dental appointments. A tendency to an increase in the background of mood and positive reactions to dental treatment was observed in 43% of children who underwent gambler therapy and only 14% without it. On average, as a result of psychocorrectional intervention, improvement in children's behavior was recorded from 2.80 to 1.76 according to the Sarna1 system.

The introduced psycho-corrective techniques (the language of acceptance, the technique of active listening, metaphors, suggestions, dissociation with bad behavior, ignoring the bad behavior, the technique of confusion), specially modified for children's dental reception, allow maintaining an effective level of cooperation between the

child and the doctor, improving the construction of dialogue " a doctor is a little patient ”and thereby improve the quality of examinations and medical dental procedures.

The behavior model of parents who take the initiative away from their children does not contribute to the building of effective communication between the doctor and the child. This reduces the possibility of performing therapeutic manipulations. Parents who take the initiative from the child and the doctor (type 1 of behavior), only in 20% of cases, during the first visit after gambler therapy, it was possible to undergo treatment. On the contrary, children whose parents provided support for the child (type 5) and showed complete trust in the doctor (type 6) - treatment at the first visit was successful in 81.25% and 100% of cases, respectively.

Conclusions. Determining the degree of influence of parents on the child's behavior will allow the dental team to competently and effectively build relationships with young patients.

The developed recommendations for pediatric dentists on the use of psychological methods for correcting a child's behavior at a dental appointment will lead to a better performance of medical manipulations.

The developed audio-video presentation will prepare parents for the upcoming treatment of their child, which in turn will lead to a decrease in the level of anxiety of both the parent and the patient-child.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТА И ОСТЕОПАТИИ

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 пародонтологи-ческого 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 пародонталь-ного 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 остеопа-тиями 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 юнощей 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 CPITN 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 остео-кальцином крови, в возрасте 36 - 60 лет - с остеокальцином и pCross-Laps крови, в возрасте 61-74 года - с костной щелочной фосфатазой и pCro5я-Ьар$ 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 остеокальци-на менее 18 нг/мл, в возрасте 36 - 60 лет — повышение остеокальцина выше 53 нг/мл, Р-СгояяЬаря - выше 0,711 нг/мл, в возрасте 61-74 лет - повышение костной щелочной фосфатазы выше 41 Ед/мл, Р-СгоззЬарз 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.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕЙРОГУМОРАЛ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ

Закирова Г.А., Камилова У.К., Утемурадов.Нуритдинов Н.А.
«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) ва буйраклар дисфункцияси (ДП) даражалари билан қон зардобидаги мия натрийуретик пептидининг (NTproBNP) аминотерминал қисми ва альдостерон (Ал) нинг ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. СЮЕ билан касалланган 52 бемор текширилди. Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра ФС аниқланди: I (19 та бемор), II (21 табемор) ва III (12 та бемор). Назорат гуруҳи 30 та шартли соғлом кишилардан иборат эди. Беморларнинг ўртача ёши 62,5 ± 7,96 ёшни ташкил қилди. Барча беморларда қон зардобида креатинин (Кр), иммунофермент усули орқали NTproBNP ва Ал даражалари аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Нейрогормонларнинг бошланғич даражаларини таҳлил қилишда назорат гуруҳининг кўрсаткичлари билан таққослаганда NTproBNP ва Ал нинг СЮЕ да ФС ортиши билан ишонарли даражада кўпайиши аниқланди: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 89,5% ($p < 0,001$) га ва 70.4% ($p < 0,001$) га, II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 94,6% ($p < 0,001$) га ва 78,2% ($p < 0,001$) га, ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда – 96,3% ($p < 0,001$) га ва 80,3% ($p < 0,001$) га, мос равишда. Бундан ташқари, СЮЕ да ФС ўсиши билан I ФС СЮЕ бор бўлган беморларнинг кўрсаткичлари нисбатан II ФС бор бўлган беморларда NTproBNP ва АЛ нинг 48,6% ($p< 0,05$) ва 26.2% ($p < 0,01$) га ва III ФС бор бўлган беморларда 65,2% ($p < 0,001$) га ва 33,4% ($p < 0,001$) га мос равишда ишонарли даражада юқорилиги кузатилди.

Хулоса. СЮЕ бор бўлган беморларда NTproBNP ва Ал нейрогуморал омилларнинг ишонарли даражада кўпайиши СЮЕ нинг ФС ва буйрак дисфункцияси билан ассоцирланган.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ПРАВИЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхужаев, Ф.Т. Усманова, Д.И. Курбанова
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Головная боль (ГБ) – одна из наиболее частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачу. Эпидемиологические исследования показывают, что более 70% населения развитых стран жалуются на эпизодические или хронические ГБ. В амбулаторной практике чаще всего встречаются хронические ГБ, так как многие пациенты не обращаются к врачам, либо занимаясь самолечением, либо в ряде случаев не желая обследоваться из-за опасения обнаружить более серьёзную патологию.

Цель исследования. Оценка влияния биомеханических нарушений позвоночника и черепа и связанных сними миофасциальных дисфункций на возникновение и поддержание хронических ГБ, комплексное и дифференцированное лечение, направленное на устранение источников боли.

Результаты. При обследовании 74 пациентов с хроническими ГБ учитывали анкетирование, неврологический осмотр, мануальное тестирование рентгенография, методы нейровизуализации. В лечении использовались модифицированные методы мануальной терапии, массаж, лечебные медикаментозные блокады. Наиболее частой неспецифической патологией суставов позвоночника для пациентов с ГБ

являлось функциональное блокирование в суставах СО-С1-С2, С2-С3, что составило более 80% пациентов различных групп, а также биомеханические нарушения костей свода черепа (25%). При синдроме позвоночной артерии преобладали артрозы унковертебральных сочленений и кранио-вертебральные аномалии (45%). У пациентов с головной болью напряжения функциональное блокирование СО-С1 сочеталось миофасциальной дисфункцией и краниальными биохимическими нарушениями. Это справедливо и для постравматичеких ГБ, где изменение краниального ритма отмечалось во всех случаях. Лечение хронической ГБ сочетает различные виды воздействия одновременно на различные источники боли и при необходимости коррекцию медикаментозной терапии. Для лечения цервикокраниалгий достаточно модифицированных методов мануальной терапии и ручного массажа, что улучшало состояние у всех пациентов. При синдроме позвоночной артерии наиболее эффективной оказалась блокада местными анестетиками области выхода окципитального нерва и зон унковертебральных экзостозов, что уменьшало головокружения на 40%. При хронической форме головной боли напряжения, устранение имеющихся биохимических нарушений краниальной системы, функционального блокирования суставов верхнее-шейного отдела позвоночника, миофиксациииодзатылочной области, позволяли обходиться без психокоррекции и применения антидепрессантов. Улучшение отмечали 68% пациентов. У пациентов с посттравматическими ГБ применялась модифицированная мануальная терапия, направленная на устранения источников боли в тканях черепа и восстановление краниального ритма, с улучшением в 52% случаев.

Вывод. Комплексное обследование и лечение пациентов с хроническими головными болями обязательно должно включать методы, направленные на выявление и дифференциацию возможных источников боли, что позволяет не только значительно уменьшить, но иногда и вовсе отказаться от медикаментозного лечения, и кроме того, улучшить прогноз заболевания.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ОТОТОКСИК САЛБИЙ ТАЪСИРЛАРИ, УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхўжаев, Н.К. Латипова, Д.И. Қурбанова
Фармакология, клиник фармакология ва тиббиёт биотехнологиялари кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Тиббиёт амалиётида касалликларнинг олдини олиш, ташхис қўйиш ва даволашда қўлланилаётган дори дармонлар мувоффақиятли натижа бериш билан бир қаторда киши организмига ножўя таъсир этиши - дунё адабиётлари маълумотларига кўра - кун сайин ортиб бормоқда.

Мақсади. Асосий ножўя таъсири ототоксик ҳисобланган - стрептомицин, канамицин, гентамицин каби аминогликозид антибиотикларнинг ототоксик ножўя ва заҳарли таъсирини аниқлаш.

Материал ва усуллар. АШТБ Марказий шифохонаси бўлимларидаги, статистик маълумотларга асосланиб, ретроспектив усулда олиб борилди.

Натижалар. Аминогликозид антибиотикларнинг биринчи авлоди ҳисобланган стрептомицин нерв системаси томонидан энцефалит, психозлар, гемоплегия ва периферик невритлар чақиради. Бу антибиотик назоратсиз қўллаганда, энг оғир асоратларидан бири кохлеар неврит ва вестибуляр аппарати фаолияти бузилиши ҳам юзага чиқиши мумкин.

Кузатувлардан маълум бўлишича, охирги пайтларда эшитиш фаолиятининг пасайиши ҳамда вестибуляр аппарат фаолиятининг бузилиши каби кўринишлар, ототоксик антибиотиклар билан даволанган беморлар орасида тобора ортиб бормоқда. Бу айниқса, гўдаклар ва болалар орасида ҳам кўпайиб бораётганлиги ўта ташвишли ҳолатдир.

Ототоксик антибиотиклар билан бир вақтда фуросемид (лазикс), этакрин кислота каби диуретик воситалар ишлатилганда, нафақат ототоксик бузилишлар, балки буйрак паренхимасини зарарланиши ҳам юзага чиқади. Шу сабабли, ушбу комбинацияни айниқса ҳомиладор аёлларга қўллаш тақиқланади. Чунки, ҳомиладорлик вактида аёлларда буйракларда табиий ўзгаришлар кетади.

Хулоса: Ототоксик антибиотикларнинг заҳарли таъсирини камайтириш учун улар витаминлар билан бирга қўлланилади. 40% глюкоза эритмаси, В1, В2, В6, А, РР ва С витаминларини бирга юбориш мақсадга мувофиқдир. Патогенетик хусусиятларига асосланиб, биз ототоксик антибиотиклар билан бир қаторда антигистаминлар (димедрол, супрастин) ва қон томир ўтказувчанлигини мустаҳкамловчи дорилар (рутин, витамин С) бирга қўллаймиз. Кундалик тажрибалар жараёни шуни кўрсатадики, уларни бирга қўллаганимизда эшитиш яхшиланади.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Зокиров А.С., Салиев Д.К., Солиев А.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время сахарный диабет (СД) 2 типа является одной из наиболее важных проблем здравоохранения, бросающий вызов в равной степени, как эндокринологам, так и врачам других специальностей. Распространенность СД во всем мире достигла эпидемических уровней и продолжает неуклонно возрастать.

Соответственно, уточнение механизмов поражения слизистой оболочки желудка (СОЖ) при СД 2 типа позволит оптимизировать схему лечения данных больных и отработать алгоритмы профилактических мероприятий для более раннего выявления поражения желудка у больных СД 2 типа.

Цель исследования. Изучение морфо - функционального состояния желудка у больных СД 2 типа и оценка эффективности антихеликобактерной терапии.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 78 пациентов СД 2 типа. В соответствии с целью и задачами исследования пациенты с СД 2 типа были распределены в две группы - 38 пациентов с ЯБЖ в сочетании с СД 2 типа - 1А (ЯБЖ+СД) группа и 40 пациентов с ХГ в сочетании с СД 2 типа - 1Б (ХГ+СД) группа. Группы сравнения были представлены больными без нарушений углеводного обмена - 22 пациента с ЯБЖ - 2А группа и 20 больных с ХГ - 2Б группа. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц обоего пола.

Результаты исследования. Хронический гастрит у пациентов СД 2 типа встречается в 83% случаев, ЯБЖ -в 6% случаев. В случае обострения ЯБЖ у больных СД 2 типа болевой абдоминальный и диспепсический синдромы носят менее выраженный характер, чем у пациентов контрольных групп. При клинико-морфологическом сопоставлении установлено, «немые язвы» имеют место в 22,8% случаев, эндоскопические признаки гастрита без клинических проявлений зарегистрированы в 19% случаев.

При СД 2 типа преобладают изменения СОЖ преимущественно атрофического характера, факторами риска которых является длительность заболевания более 10 лет и тяжелое течение диабета. Выраженность этих изменений возрастает с длительностью СД 2 типа, степенью инфицированности H.pylori и наличием атрофических изменений слизистой оболочки желудка.

Распространенность инфекции - H.pylori у больных СД 2 типа составляет 92,5% при хроническом гастрите, 94,7% при ЯБЖ. Степень инфицированности чаще составляет «2+» и «3+». Имеется корреляционная зависимость обсеменения H.pylori с длительностью заболевания сахарным диабетом ($r = 0,84$, $p < 0,05$).

Вывод. Результаты проведенного исследования расширяют представление о характере поражений желудка у больных СД 2 типа в сочетании с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и хроническим гастритом (ХГ), позволяют правильно оценить состояние больного при сочетанной патологии, осуществлять своевременный контроль за лечебными мероприятиями, направленными на нормализацию углеводного обмена и выявленных нарушений со стороны желудка.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ĆÒVID-19

Ибатова Ш.М., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Сахарный диабет является одной из актуальных проблем в организации здравоохранения Республики Узбекистан, связанная как с его широкой распространенностью, так и с тяжестью последствий: ранней инвалидизацией и смертностью. Проблема сахарного диабета также связана с особенностями питания, так как в каждодневной еде много легко усваиваемых углеводов. Но не только пища является причиной распространения болезни. Одним из главных факторов пандемии сахарного диабета служит генетическая предрасположенность. Согласно оценке экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, если в настоящий момент в мире насчитывается 160 млн. больных сахарным диабетом, что составляет 2-3% от всего населения планеты, то к 2025 году их количество достигнет 330 млн. человек.

Цель исследования. Оценить у больных влияние ĆÒVID-19 на клиническое течение сахарного диабета 2-го типа.

Материал и методы исследования. Было обследовано 34 больных с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет. Из 34 больных было 20 мужчин и 14 женщин. Основной критерий отбора – абдоминальное ожирение (окружность талии > 94 см для мужчин и > 80 см для женщин). Дополнительные критерии – артериальное давление (АД) >140/90 мм.рт.ст., уровень холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) >30 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)<1,0 ммоль/л, уровень

триглицеридов (ТГ) -1,7 ммоль/л, постгландуральная гипергликемия натощак 7,8 ммоль/л, 11,9 ммоль/л гликированный гемоглобин. У обследованных больных отмечалась выраженная гепатоспленомегалия.

Результаты исследования. У всех обследованных больных отмечалось абдоминальное ожирение. Из них абдоминальное ожирение I степени диагностировано у 10 больных (29,4 %), II степени у 11 больных (32,4 %), III степени у 13 больных (38,2 %). У всех больных ожирение сочеталось с артериальной гипертензией (АГ). При I степени у больных артериальное давление составило -150/100 мм.рт.ст., при II степени - 170/100 мм.рт.ст., а при III степени ожирения - 200/120 мм.рт.ст. Повышенный уровень триглицеридов был отмечен у 67,8% больных, а также у этих больных отмечались высокие значения уровня глюкозы. Терапия сахароснижающих препаратов была заменена препаратом Форсига, в сочетании с Гептралом по 5 мл 10 дней с последующим назначением Гептрала по 1 таблетке х 3 раза в день в течении 20 дней. У больных наблюдались кардиопатии с нарушением сердечного ритма в виде желудочковой экстрасистолии (67,8 %) и проводимости (22,2 %).

Выводы. Таким образом, у больных с сахарным диабетом II типа, перенесших ĆÒVID-19, в остром периоде заболевания наблюдались осложнения в виде кардиопатий, что требует тщательного динамического наблюдения, совершенствования и повышения эффективности системы специализированной квалифицированной помощи этим больным.

DIFFUSED TOXIC IN THE TREATMENT OF BULL DISEASE EVALUATION OF EFFICIENCY OF VITAMIN PHYTOTHERAPY

Ibatova Sh.M.
Samarkand State Medical Institute

Relevance of the topic. Adequate amounts of iodine in the diet are necessary for the normal growth and development of the human body. As a result of iodine deficiency, changes in thyroid function are observed and various diseases occur. According to the scientific literature, the origin of diffuse toxic goiter is directly related to impaired intestinal absorption function. Therefore, scientific opinions are emerging that it is possible to balance iodine deficiency in the body by restoring impaired intestinal absorption function. This is very important and relevant in the development of treatment measures for diffuse toxic goiter.

The purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of vitamin phytotherapy, which allows to restore intestinal absorption function in the treatment of diffuse toxic goiter.

Research materials and methods. Samarkand State Medical Institute at the Department of Endocrinology. The study involved 36 girls aged 18–25 years with diffuse toxic goiter.

Clinical-laboratory, biochemical (TTG,T3,T4), instrumental (UTT) and microbiological examinations were performed in all patients to determine the disease and its severity and to assess the effectiveness of treatment measures. The results obtained were statistically processed at R = 0.95.

Patients were divided into 2 groups:

Group I (16 patients) - in the traditional way (with iodine drugs),

Group II (20 patients) - treated with vitamin phytotherapy.

Vitamin phytotherapy consisted of group B vitamins and blueberries prepared from the root of the andiz plant (Abu Ali ibn Sina, Laws of Medicine, vol. 2), which were prescribed for 5 to 10 days, depending on the severity of the disease.

Research results. The results of treatment in both groups are as follows:

The number of patients in group I (16 people) before treatment was -5, in patients with grade II - 11, and after treatment - 9 patients in grade I, 5 in grade II and 2 in complete treatment.

From group II (20 patients), the number of patients with grade I before treatment was -7, level II - 13, the number of patients with grade I after treatment was -8, level II patients were not identified and the number of fully treated was 12.

These data show that 12.5% were fully treated in group I and 60.0% in group II.

Conclusion. Thus, in the treatment of patients with diffuse toxic goiter, they show high efficacy in restoring the absorption of iodine into the body by restoring impaired intestinal absorption function using vitamin phytotherapy.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ĆÒVID-19

Ибатова Ш.М., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Сахарный диабет является одной из актуальных проблем в организации здравоохранения Республики Узбекистан, связанная как с его широкой распространенностью, так и с тяжестью последствий: ранней инвалидизацией и смертностью. Проблема сахарного диабета также связана с особенностями питания, так как в каждодневной еде много легко усваиваемых углеводов. Но не только пища является причиной распространения болезни. Одним из главных факторов пандемии сахарного диабета служит генетическая предрасположенность. Согласно оценке экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, если в настоящий момент в мире насчитывается 160 млн. больных сахарным диабетом, что составляет 2-3% от всего населения планеты, то к 2025 году их количество достигнет 330 млн. человек.

Цель исследования. Оценить у больных влияние ĆÒVID-19 на клиническое течение сахарного диабета 2-го типа.

Материал и методы исследования. Было обследовано 34 больных с сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет. Из 34 больных было 20 мужчин и 14 женщин. Основной критерий отбора – абдоминальное ожирение (окружность талии> 94 см для мужчин и > 80 см для женщин). Дополнительные критерии – артериальное давление (АД) >140/90 мм.рт.ст., уровень холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) >30 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)<1,0 ммоль/л, уровень триглицеридов (ТГ) -1,7 ммоль/л, постгландуральная гипергликемия натощак 7,8 ммоль/л, 11,9 ммоль/л гликированный гемоглобин. У обследованных больных отмечалась выраженная гепатоспленомегалия.

Результаты исследования. У всех обследованных больных отмечалось абдоминальное ожирение. Из них абдоминальное ожирение I степени диагностировано у 10 больных (29,4 %), II степени у 11 больных (32,4 %), III степени у 13 больных (38,2 %). У всех больных ожирение сочеталось с артериальной гипертензией (АГ). При I степени у больных артериальное давление составило -150/100 мм.рт.ст., при II степени - 170/100 мм.рт.ст., а при III степени ожирения - 200/120 мм.рт.ст. Повышенный уровень триглицеридов был отмечен у 67,8% больных, а также у этих больных отмечались высокие значения уровня глюкозы. Терапия сахароснижающих препаратов была заменена препаратом Форсига, в сочетании с Гептралом по 5 мл 10 дней с последующим назначением Гептрала по 1 таблетке х 3 раза в день в течении 20 дней. У больных наблюдались кардиопатии с нарушением сердечного ритма в виде желудочковой экстрасистолии (67,8 %) и проводимости (22,2 %).

Выводы. Таким образом, у больных с сахарным диабетом II типа, перенесших ĆÒVID-19, в остром периоде заболевания наблюдались осложнения в виде кардиопатий, что требует тщательного динамического наблюдения, совершенствования и повышения эффективности системы специализированной квалифицированной помощи этим больным.

ФИБРИЛЛИОН ОТДЕЛЕНИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Ибрвгимов Д.Н.
Кафедрой профилактики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Видно, что частота сердечной недостаточности увеличилась на 10% за 3 года у пациентов с сердечной недостаточностью (УФ) [Crijns H.J. et al, 2000]. Было обнаружено, что BF является заболеванием, которое независимо предсказывает смерть [Benjamin E.J., 1998]. Возникновение БФ у пациентов с ишемической болезнью сердца значительно увеличивает вероятность серьезных осложнений и смерти. Наиболее серьезными осложнениями острой инфекции являются тромбоэмболия (ТЭ) и развитие или обострение хронической сердечной недостаточности. У 2/3 пациентов с BF причиной тромбоэмболии (ТЕ) является внутрисердечный тромб, который выявляется у 3–18% пациентов [Manning V.G., 1995; Godtfredsen J., 2003]. Частота ишемического инсульта у пациентов с BF составляет в среднем 5% в год и в 2-7 раз выше, чем у пациентов с этим заболеванием [B.Brembilla-Perrot et al, 1994; C.V. Naccarelli et al, 2003].

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность пероральных антикоагулянтов в профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне ишемической болезни сердца.

Материалы и методы исследования. На первом этапе из 40 пациентов 23 (57,5%) были мужчинами и 17 (42,5%) женщинами. Они прошли комплексное клинико-инструментальное исследование эффектов варфарина и ривароксабана с использованием опросника европейской солидарности (1987) для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Ответы пациентов на анкету, анкету по симптомам,

информацию о медикаментозном лечении, курении, роде занятий пациента, а также о клинических и функциональных методах обследования (рост, пульс, горное давление) позволили определить фибрилляцией в общей сложности у 40 пациентов.

Результаты исследования. Основными принципами лечения фибрилляции являются антикоагулянтная терапия, а также контроль сердечного ритма и частоты сердечных сокращений у пациентов. Хотя научная концепция очень проста, клиническая вариабельность фибрилляции часто затрудняет принятие решения опытным врачом (выбор оптимальной стратегии лечения - контроль ЧСС и ЧСС, назначение адекватной антиаритмической терапии, назначение оролантикоагулянтов для правильной оценки ритма). Одной из основных причин распространенности фибрилляции является отсутствие адекватного лечения, поэтому вероятность развития серьезных осложнений возрастает, что остается одним из основных факторов для дальнейших исследований в этой области.

Из сопутствующих заболеваний гипертония является ишемической болезнью сердца у 80% пациентов. Сердечная недостаточность возникла у 37,5% пациентов I и II функционального класса и у 26,4% пациентов с сахарным диабетом. Гиперхолестеринемия наблюдалась у 43,6% пациентов. Инфаркт миокарда наблюдался у 3,4% пациентов.

Из сопутствующих заболеваний гипертония является ишемической болезнью сердца у 80% пациентов. Сердечная недостаточность питания возникла у 37,5% пациентов I и II функционального класса и у 26,4% пациентов с сахарным диабетом. Гиперхолестеринемия отмечена у 43,6% пациентов. Инфаркт миокарда наблюдался у 3,4% больных.

Анализ результатов ЭКГ в период наблюдения проводился одновременно с оценкой интервала QT комплекса QRS сердечного ритма. У пациентов, получавших дигоксин, продолжительность интервала RR была короче (0,37 ± 0,04, r <0,05). У 5,7% пациентов с ишемической болезнью сердца с хронической болезнью сердца одновременно регистрировались тахиаритмии с эпизодами асистолии продолжительностью более 2,5 секунд и аберрация QRS.

Факторами риска развития симптоматического рецидива были: наличие наджелудочковой экстрасистолии, рецидив бессимптомных проявлений ЖБ один или несколько раз в день, увеличение максимальной ЧСС с 90 ударов в минуту.

Вывод. В 93,4% случаев у пациентов 1-й группы ХММ оставался в терапевтическом диапазоне 2-3. Титрование дозы варфарина у 25% пациентов во 2-й группе потребовало лабораторного контроля ХММ. Это состояние показало, что ривароксабан более эффективен, чем варфарин.

В группе пациентов, длительно принимавших ривораксабан, геморрагические осложнения наблюдались в 2,5% случаев в виде небольших кровоизлияний. В группе пациентов, длительно принимавших варфарин, в 4% случаев были случаи желудочно-кишечных кровотечений, в 8% случаев - незначительные кровотечения. ТИА наблюдалась у одного пациента (4%). Этот случай еще раз доказал, что новый пероральный антикоагулянт ривароксабан безопаснее варфарина.

STATIONARY ANALYSIS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AND FEATURES

Ibragimov D.N.
Department propeduction of internal diseases
Andijan State Medical Institute,

Frequency and structure of infringements of a rhythm of heart, depending on a floor and a residence of the therapeutic patients who were on hospitalisation for the 6-month's period is studied. Most often arythmies met at patients IDH its various displays – in 29.4 %. Arytmical form of IDH met in 27.6 %. URH at patients with heart diseases - 14.1 %. Cardiomyopathies became complicated with arrhythmia in 12.0 %. At sick by hypertensive illness of IDH are revealed at 8.8 % of patients.

Relevance. Known arrhythmogenic effects of drugs, drug intoxication, hypoxia, hypoxemia (circulatory failure of any genesis, chronic cor pulmonale, anemia of various etiologies), hypo- and hyperthermia, ionizing radiation, mechanical effects (trauma, vibration) can also be causes of rhythm disturbances and conduction [3, 4].

Purpose of the study. To study the frequency and structure of cardiac arrhythmias and conduction disturbances depending on gender and place of residence in inpatient therapeutic patients, as well as to analyze diseases, against the background of which cardiac arrhythmias appeared.

Materials and research methods. The material for the study was the patients who were hospitalized in four therapeutic departments of the clinic of the Andijan Medical Institute for a 6-month period. We used generally accepted methods for diagnosing the underlying disease, as well as ECG as the main method for diagnosing heart rhythm disturbances.

Research results. Diseases with a background of HPC were analyzed. Among the cohorts of patients examined by us, HPC was most often determined in patients with coronary artery disease with its various manifestations (with stable, unstable angina pectoris, myocardial infarction, postinfarction cardiosclerosis, heart failure) - in 29.4% (113 people): 58.1% of men and 41.9% of women (P <0.05). The arrhythmic form of ischemic

heart disease was found in 27.6% of cases (106 people), more often in women - 53.2%. LDCs in patients with heart defects - 14.1% (54 people), were more common in men 62.5% (P <0.05). Cardiomyopathies were complicated by HPC in 12.0% (46 people) and also more often in men 60.4% (P <0.05). in hypertensive patients, HPC was found in 8.8% (34 people). In the presence of thyrotoxicosis, arrhythmias were found in 4.2% of cases (16 patients), the differences between men and women were insignificant, with alcoholic liver damage in 3.9% (15 patients), in all cases there were men.

We analyzed 18 patients with alcohol abuse. Of these, cirrhosis of the liver of toxic (alcoholic) etiology Was diagnosed in 22.2% (4 people), cirrhosis of the liver of a mixed (viral and alcoholic) nature in 33.3% (6 people), chronic active hepatitis of toxic (alcoholic) etiology in 22.2% (4 people), chronic active hepatitis of viral toxic etiology in 16.7% (3 people), alcoholic cardiomyopathy in 5.6% (1 person). In 83.3% (15 patients), various cardiac arrhythmias were revealed: atrial fibrillation in 6.7% (1 patient), sinus bradycardia in 6.7% (1 patient), sinus tachyarrhythmia in 26.6% (4 patients).), atrial premature beats occurred in 26.7% (4 patients), ventricular premature beats occurred in 33.3% (5 patients).

Output. It should be remembered that the danger of arrhythmia for the patient's life is often determined not so much by its type as by the "background" disease and functional state of the myocardium (dilatation of the heart cavities, decreased myocardial contractility, the presence of postinfarction cicatricial changes, aneurysms, damage to the heart valves, etc.). Therefore, the question of the advisability of using an antiarrhythmic drug and its choice is a rather difficult task for the Clinician. There is no “ideal” antiarrhythmic agent, therefore it is necessary to take into account the main pharmacodynamic effects on the EXPERIENCE of the drug, based on evidence-based medicine.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУДИННО-РЕБЕРНОГО КОМПЛЕКСА КРЫС В ЭТАПАХ РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Иброхимова Л.И., Расулов Х.А.
Ташкенский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет это расстройство метаболизма углеводов, который представляет значительную проблему для здоровья населения и негативно влияет на качество жизни в любом возрасте [Ostrauskas R., 2015]. Врожденные деформации грудной клетки представляют широкий спектр аномалий развития грудино-реберного комплекса с относительно высокой частотой встречаемости. По этому мы задались изучить состояние грудной клетки под действием экспериментального СД.

Целью работы было провести морфологический анализ структур грудинно-реберного комплекса (1-3 мес) крысят с определением особенностей прикрепления ребер к грудине, структуры организации ребер, грудины и ростковых зон на фоне СД.

Материал и методы исследования. Эксперимент проведён на 32 белых беспородных крысах массой 150–205 г. с соблюдением принципов гуманного обращения с животными, изложенными в Хельсинской декларации (2000 г.) и Европейской конвенций по защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и других научных целях [2]. Животных содержали на стандартном рационе вивария со свободным доступом к корму и воде. Исследовали 2 группы животных. Контрольную группу составили 10 интактных крыс, которым однократно вводили 0,5 мл 0,9 % раствора хлорида натрия. Опытную группу составили 22 крыс с аллоксановым диабетом. Материалом исследования были составляющие структуры грудной клетки молодых крыс.

Для гистологического анализа после вывода крыс с эксперимента для исследования были взять участки соединения ребер с грудиной. Кусочки фиксировали в 10% формалине, проводили по спиртам возрастающей концентрации. Изготовленные срезы окрашивали гематоксилином, эозином, и пикрофуксином по Ван Гизону.

В связи с тем, что ростковые зоны играют важную роль в росте и формировании костей, нами было исследовано состояние эпифизарного хряща грудины.

Результаты. Грудная клетка крыс имеет переднюю, заднюю и боковые стенки. Переднюю стенку – грудинно-реберного комплекса образуют грудина и реберные хрящи, заднюю – грудные позвонки и головки ребер, а с боковой части стенки расположены тел ребер. Исключая количества ребер, можно сказать, что грудная клетка крыс морфологически аналогично грудную клетку человека, отмечено и другими исследователями [Dihtiar V.A., 2019].

Сегменты грудины выполнены плоской костью, внутри которой между узкими пластинами компактного вещества располагается губчатая кость с редкими костными трабекулами. Межтрабекулярные полости заполнены красным костным мозгом. Сегменты грудины включают две ростковые зоны, каждая из них связана синхондроз. Ростковые зоны относительно одинаковые по ширине, эпифизарний хрящ имеет характерную организацию, а именно зону сохраненного хряща, зону пролиферации и зоны гипертрофии и кальцификации. Наибольшую площадь занимает зона пролиферации, которая представлена стволовой организацией хондроцитов с характерными уплощенными ядрами. Зона сохраненного хряща узкая, имеет

одиночно расположены хондроциты с округлыми ядрами. В зоне гипертрофии и кальцификации присутствуют большие капсулы без хондроцитов, или капсулы с остатками клеточного детрита. В зоне первичной спонгиозы расположены узкие костные трабекулы параллельно друг другу.

При экспериментальном сахарном диабете компактная кость в краевых участках позвонков узкая, с редко расположенными в матриксе остеоцитами. Трабекулярная кость, заполняет позвонки, представлена сеткой костных трабекул в краниальным и каудальной части, а в центральной участки позвонка расположены лишь единичные костные трабекулы. С позвонками ребра соединяются с помощью реберно-позвоночных суставов.

В позвонках в виде выемок присутствуют краниальные и каудальные реберные ямки, которые формируют суставную поверхность для головки ребер. По поверхности головка ребра покрыта суставным хрящом с четким делением на некальцифицированний хрящ, и хрящ, которой кальцификуеться. Однако в некальцификованому хрящи не обнаружено четкого деления на зоны, которые характерны для крупных суставов, а именно поверхностную, промежуточную и глубокую.

В связи с этим, следующей частью нашей работы будет определение влияния нарушения биомеханического нагрузки на грудную клетку крыс, с помощью методов морфометрии определены показатели ростковых зон грудины. В свою очередь изучаться это будет путем создания длительной постоянной механического напряжения в системе грудина-ребра-позвоночник, потому данные о влиянии этих факторов в доступной литературе отсутствуют.

Выводы.

1. Установлено, что у крыс исследованного возраста ребра, которые прикрепляются к грудине, а не имеют головки и шейки, тело ребра выполнены гипертрофированным хрящом, покрытым перихондрием. Ростковые зоны, прилегающие к синхондроза, имеют характерную организацию для эпифизарного хряща

2. В участках прикрепления ребер к телу позвонка у крыс с сахарным диабетом сформирован сустав, головка ребра покрыта суставным хрящом с волокнистым хрящом, общая картина свидетельствует диспластическому становлению грудинно-реберного комплекса.

ИННОВАЦИОННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Икрамова З.Т.[1], Розыходжаева Г.А.[2], Мирюсупов М.М.[1]
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МзРУз, Ташкент
Центральная клиническая больница №1 Главного медицинского управления при администрации Президента Республики Узбекистан

Актуальность. В клинической медицине и неврологической практике острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются одними из наиболее распространенных патологических состояний. Ежегодно инсульт развивается не менее чем у 5,6–6,6 млн человек , выступая третьей по частоте причиной смертности населения в наиболее развитых странах, а также является причиной наиболее тяжелых форм инвалидизации. Среди всех видов инсульта преобладают ишемические поражения мозга, на долю которых приходится до 80,0% от числа всех эпизодов ОНМК.

Смертность от инсульта составляет 10,0–30,0%, а выжившие после него имеют высокий ежегодный риск последующих ишемических осложнений и смерти от инфаркта миокарда, и от повторного инсульта. При этом с каждым десятилетием жизни пациента риск инсульта существенно повышается, а неуклонно растущая его частота у пожилого населения – источник увеличивающейся стойкой нетрудоспособности. Главный фактор ишемических нарушений церебрального кровотока - атеросклеротическое поражение артерий каротидного бассейна. Очевидной является необходимость широкого использования эффективных неинвазивных методов для своевременной диагностики и эффективного лечение атеросклеротических поражений. В настоящее время в диагностике патологических изменений сосудов важнейшее место занимает применение ультразвуковых методов исследования, к преимуществам которых относятся хорошая переносимость, относительно невысокая стоимость исследований и возможность их выполнения в амбулаторной практике. Совершенствование аппаратуры, поиск новых режимов ультразвукового исследования (УЗИ), внедрение в клиническую практику новых технологий, в первую очередь трехмерной визуализации сосудов, позволили расширить возможности УЗИ и с качественно новых позиций подойти к оценке структурных изменений артериальной стенки.

Цель данной работы — анализ возможностей и перспективы использования метода трехмерной ультразвуковой визуализации для оценки атеросклеротических поражений каротидных сосудов.

На сегодняшний день современные ультразвуковые системы позволяют получать трехмерные ультразвуковые изображения, что основано на построении параллельных (или расположенных под заранее заданными углами) двумерных ультразвуковых срезов с последующей компьютерной обработкой и объединением их в единый визуальный массив. Трехмерное ультразвуковое сканирование по сравнению с

дуплексным сканированием имеет ряд преимуществ при визуализации анатомических и патологических структур, дает информацию, расширяющую возможности традиционного двумерного ультразвукового исследования, позволяя получить изображение исследуемого органа или сосуда в пространстве, наблюдение его коронарных проекций и получение наклонных (под произвольным углом) сечений, что позволяет оценить состояние патологического процесса. Основным из них при визуализации атеросклеротического поражения каротидных артерий является возможность оценки бляшки с различных ракурсов. Кроме того, большая прозрачность получаемого трехмерного изображения дает возможность детализации структурных особенностей АСБ. Построение трехмерного изображения состоит из следующих этапов:

1. Сбор информации (оптимизация изображения и настроек аппарата, а также получение серии двумерных изображений в ходе одной непрерывной развертки).
2. Процедура просмотра полученного объемного изображения, которая включает в себя повороты сформированного изображения в горизонтальном и вертикальном направлениях под разными углами вращения. Подбирая плоскость вращения, исследователь получает наиболее информативные изображения исследуемых анатомических структур.
3. Важнейшим применением рассматриваемого метода в клинической практике является оценка объема АСБ.

При этом из трехмерного изображения получают изображения поперечных сечений сосуда с толщиной среза приблизительно 1 мм. В каждом поперечном сечении измеряют границы АСБ, затем полученные значения площадей, измеренные в каждом сечении, суммируются и умножаются на расстояния между каждыми срезами для вычисления объема АСБ. Трехмерное УЗИ позволяет получить объемное изображение не только свободного просвета сонной артерии, но и атеросклеротической бляшки, стенки сосуда, а также окружающих артерию тканей. Метод позволяет количественно оценить объемы атеросклеротической бляшки, участка свободного просвета сосуда, истинного просвета сосуда. Как показывает анализ литературных данных, этот метод является эффективным также в отношении визуализации структуры АСБ, состояния поверхности бляшки, при оценке её изъязвления.

3D эхография позволяет измерить от толщины артериальной стенки до трехмерного объема АСБ, включая анализ её морфологии и конфигурации. Это имеет ключевое значение при оценке потенциально опасных в отношении разрыва участков атеросклеротической бляшки.

Таким образом, трехмерная эхография дает информацию, расширяющую возможность двумерного исследования сосудов (В-режим) и дуплексного сканирование с цветовым картированием потока. Методика представляет собой значимый научный подход для неинвазивной оценки каротидного атеросклероза. Перспективным также представляется проведение исследований возможностей трехмерной ультразвуковой визуализации в выявлении атеросклеротических изменений бедренных артерий и аорты; по определению структуры и объема при пролонгированных стенозах высокой степени, а также по оценке состояния артериальной стенки после инвазивных (эндоваскулярных и хирургических) вмешательств.

Своевременная и правильная диагностика является необходимым компонентом рациональной профилактики и терапии атеросклероза каротидных сосудов и может предупредить тяжелые осложнения данного состояния.

СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

Иминов Х., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Олимов И.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Фиброз миокарда и воспаление могут нарушать упорядоченное распространение электрического возбуждения, выступая в качестве непосредственных препятствий. Интерстициальный фиброз, накопление коллагена способны влиять на электрофизиологические свойства миокарда.

Материалы и методы. В условиях кардиологических отделениях клиники обследовано 23 пациента (основная группа) с синдромами преждевременного возбуждения желудочков, средний возраст составил 25,3±9,15 года. Основная группа разделялась на две подгруппы. Первую составили пациенты с феноменом Wolff-Parkinson-White (WPW), (n=11), вторую – с синдромом WPW (n=12). Группу сравнения составили 10 практически здоровых лиц. Электрофизиологическое исследование проводящей системы сердца (ЭФИ) осуществлялась методом чреспищеводной электрической стимуляции предсердий с использованием электростимулятора «Astrocard-Polysystem EP/L» (ЗАО «Медитек», Россия) и многополюсных электродов ПЭДСП-2. В качестве оценки показателей факторов фиброза изучено количественное определение терминального пропептида проколлагена I типа (PICP), матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1).

Результаты исследования. Наибольшие показатели ММП-9 определялись у пациентов с синдромом WPW – 96,1±33,2 нг/мл, меньше в группе феномена WPW (54,3±21,8 нг/мл; p=0,0003). Максимальный уровень ТИМП-1 определяется у больных с феноменом WPW и практически здоровых

ровесников (418,5±± 69,8 нг/мл и 461,7±72,2 нг/мл; p=0,27). У пациентов с синдромом WPW ТИМП-1 был достоверно ниже – 341,1±90,1 нг/мл

(p=0,002; p=0,00012). Уровень PICP у пациентов с синдромом WPW составил 179,9±76,2 нг/мл, при феномене WPW – 97,8±31,7 нг/мл(p=0,00014). Все обследуемые больные по уровню PICP достоверно отличались от практически здоровых ровесников 69,4±23,9 нг/мл(p<0,05, U-критерий). Среди основной группы выявлено укорочение интервала PQ, причем у пациентов с синдромом WPW (106,18±16,5 мс) более значимое по сравнению с феноменом (115,25±19,54 мс, p=0,004). При синдромах предэкзитации определялся средний по продолжительности эффективный рефрактерный период (ЭРП) дополнительных путей проведения (ДПП): при синдроме WPW – 240,0±47,9 мс и 241,25±30,84 мс при феномене. При этом у больных с синдромом WPW ЭРП был достоверно короче (p=0,049). В обеих группах установлена обратная корреляция с биомаркерами фиброза – ММП-9 и PICP.

Выводы. У пациентов с синдромами преждевременного возбуждения желудочков выявлено изменение фиброзной матрицы: повышение концентрации ММП-9, PICP и снижение ТИМП-1. Синдром WPW характеризуется выраженным дисбалансом серологических маркеров синтеза и деградации коллагена, чем феномен. ЭРП ДПП обратно коррелировал с показателями ММП-9 и PICP. Полученные данные представляют возможное участие фиброзной дезорганизации миокарда в формировании нарушений ритма сердца при синдромах преждевременного возбуждения желудочков.

РОЛЬ СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ ФИБРОЗА МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА

Иминов Х., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Большинство электрофизиологов рассматривают синдром Wolff-Parkinson-White (WPW) как классическое нарушение ритма сердца. Однако актуальный синдром, по-прежнему, остается проблемой, при выборе тактики ведения пациентов. Ее значимость в том, что данной патологией страдают лица молодого, трудоспособного возраста. Синдромы предвозбуждения желудочков встречаются во всех возрастных группах и верифицируются у 1-30 пациентов на 10 000 человек.

Цель исследования: Изучить маркеры синтеза и деградации коллагена в сыворотке крови у пациентов с синдромом предэкзитации желудочков, оценить их предикторное значение в развитии тахиаритмий.

Материал и методы. Проведено открытое выборочное клиническое исследование, в которое включено 33 пациента. Обследование больных осуществлялось в условиях специализированных кардиологических отделениях. В состав основной группы вошли 23 больных с синдромами преждевременного возбуждения желудочков (феномен WPW, синдром WPW), а группу сравнения – 10 человек, составили пациенты с «идиопатической» ФП и практически здоровые ровесники. Средний возраст обследуемых с синдромами предэкзитации – 24,3±9,1 года, среди них мужчин 16 (67%) человек, женщин – 7 (33%). В группе сравнения средний возраст составил 28,6±6,2 года, из них – 6 мужчин (60%) и 4 женщин (40). Все пациенты были сопоставимы по полу (F-критерий, p=0,44) и возрасту (U-критерий, p=0,12). В программу инструментального обследования входило проведение 12-канальной электрокардиографии, длительное мониторирование ЭКГ, эхокардиографии.
Количественное определение уровня сывороточных биомаркеров фиброза (ММП-9, ТИМП-1, PICP) составило специальный комплекс обследования.

Результаты. По результатам эхокардиографического исследования были определены структурно-функциональные особенности миокарда и установлены значимые взаимосвязи с маркерами фиброза. Статистически значимая разница по объему ЛП выявлена между больными синдромом и практически здоровыми лицами. Не смотря на то, что по другим параметрам ЛП и ПП отличий между группами не получено, была установлена отрицательная связь между ними и уровнем ТИМП-1. Такие параметры, как КДР и КДО при синдроме WPW были меньше, чем при феномене. Однако прямые корреляции между концентрацией ММП-9 и размерами левого желудочка установлены как в группе синдрома (КДР, КСР, КДО, КСО), так и феномена WPW (КСР, КСО). При синдромах предвозбуждения желудочков, были снижены показатели, характеризующие систолическую функцию ЛЖ - УО и ФВ в сравнении с практически здоровыми ровесниками. И ассоциировались с повышением уровня ММП-9 и PICP в сыворотке крови. У пациентов с синдромом WPW установлена взаимосвязь между ММП-9 и МЖП, хотя достоверной разницы по данному показателю между группами не выявлено. КДР ПЖ у больных синдромом WPW не превышал общепринятых норм и значимо не отличался от практически здоровых лиц, однако между ним и концентрацией факторов фиброза (ТИМП-1, PICP) отмечена взаимосвязь.

Выводы. Пациентам всех групп наблюдения определялись факторы фиброза, а именно ММП-9, ТИМП-1 и PICP. Выявлена гиперэкспрессия сывороточных маркеров фиброза, таких как ММП-9 и PICP, причем максимальные цифры определялись у больных синдромом WPW. Уровень ТИМП-1 в группах

пациентов с феноменом WPW и практически здоровых лиц был сопоставим и достоверно превышал таковой в группе синдрома WPW. Изменение соотношения плазменных продуктов синтеза и деградации коллагена указывает на присутствие интерстициального фиброза. Данный факт позволяет предположить, что у пациентов с синдромом WPW риск сердечно-сосудистых событий, таких как развитие жизнеугрожающих НРС и как следствие - ВСС, превышает таковой при феномене WPW. Достоверных различий по маркерам фиброза между мужчинами и женщинами не получено. Установлены особенности метаболизма серологических биомаркеров, а именно связь между повышением уровня ММП-9 и PICP, а также одновременным снижением концентрации ТИМП-1 у пациентов с синдромами предвозбуждения желудочков. Аналогичная зависимость наблюдалась у практически здоровых лиц – обратная корреляция ММП-9 с ТИМП-1. Полученные результаты подтверждают литературные данные о взаимосвязи изучаемых ферментов.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Иргашева Д.Г.
Кафедры пропедивтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Резюме . В статье представлены сведения о распространении артериальной гипертонии среди населения мужчин и женщин разного возраста, о повышении предрасположенности к ней в зависимости от возраста. Также подробно описана информация о распространенности 11 факторов риска в популяции мужчин и 9 факторах риска в популяциях женщин по происхождению артериальной гипертонией.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) - одна из самых острых медико-социальных проблем на сегодняшний день. Причин тому несколько: широко распространено среди населения; это заболевание соответствует большинству случаев нарушения работы атеросклеротического континуума; недостаточный контроль артериального давления на популяционном уровне [1,2].

Поэтому создание научной базы для совершенствования системы раннего выявления и лечения артериальной гипертензии стало необходимостью в Узбекистане.

Цель исследования. Целью исследования было изучение распространенности артериальной гипертензии в мужском и женском населении Андижана с использованием новых эпидемиологических критериев.

Наши проверки были организованы и проведены в соответствии с требованиями эпидемиологического исследования Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В частности, в исследовании использовались единые эпидемиологические методы, а результаты анализировались и оценивались в соответствии с критериями JCCT.

Материалы и методы исследования . Для нашего эпидемиологического обследования мы случайным образом выбрали двух человек в возрасте от 15 до 70 лет (2184 в 10% выборки и 1909 в абсолютной выборке) и из мужской группы (1579 в 10% выборке и 1313 в абсолютной выборке).). с использованием случайных чисел. В нашем исследовании мы использовали анкетный, инструментальный, биохимический и эпидемиологический методы, основанные на рекомендациях ВОЗ. Эпидемиологическая классификация артериальной гипертензии основана на рекомендациях ВОЗ (1999) и IV Конгресса кардиологов Узбекистана.

Результаты исследований. Сравнительные эпидемиологические характеристики средних уровней артериального давления и распространенности в квинтилях изучались в популяциях, участвовавших в исследовании.

Результаты показали, что каждый третий мужчина нуждается в активных первичных, вторичных и третичных профилактических мерах против этого заболевания. Кроме того, легкая артериальная гипертензия наиболее распространена (72,6%) среди мужского населения. Это было в 2,6 раза ниже (27,9%), чем умеренная артериальная гипертензия (R <0,01). Выявлена АГ, которая была в 3 раза менее тяжелой, чем легкая АГ.

Следует отметить, что эти результаты подтверждают результаты крупных эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, и указывают на срочную необходимость внедрения следующего важного эпидемиологического законодательства: особое внимание следует уделять этой группе, предполагаемый надзор за которой должен оставаться повседневная деятельность, позволяющая обнаруживать на ранней стадии. наиболее опасные осложнения артериальной гипертензии (инсульт, инфаркт миокарда, инвалидность и др.) до 70%.

Только 33,1% мужчин в возрасте 15-70 лет знают, что у них высокое артериальное давление, а 66,9% даже не знают об этом. Оказывается, испытуемые почти не знали, сколько у них было при почти 100% артериальном давлении.

Было замечено, что АГ увеличивается у женщин разного возраста от 8,8% (15-19 лет) до 66,4% (у людей старше 70 лет), то есть до 7,5 раз. Резкое увеличение артериальной гипертензии наблюдается у людей

в возрасте 50-59, 60-69 и 70 лет, но также было обнаружено, что это происходит в репродуктивном периоде до 50 лет, до 33,5%, что означает, что артериальная гипертензия не ограничивается. женщинам среднего и старшего возраста. но также показывает, что женщины детородного возраста сегодня стали серьезной проблемой.

Выход. 1. Среди мужского населения Андижана в возрасте 15-70 лет и старше самый высокий уровень (72,6%) - легкая АГ, в 2,6 раза меньше (27,9%) средней АГ и в 3 раза меньше (24,5 %). .) Тяжелая гипертензия. был открыт. Каждый третий мужчина нуждается в активной первичной, вторичной и третичной профилактике гипертонии.

2. В женском населении Андижана в возрасте 15-70 лет и старше, в отличие от мужчин, легкая АГ составляет 74,3%, АГ 2 степени - 30,1% и АГ 3 степени - 26,4%.

3. В мужском и женском населении АГ увеличивается до 7,5 раз в зависимости от возраста. С точки зрения происхождения и развития у мужчин преобладают 11 основных факторов риска, а у женщин - 9.

BEMORLARDA ARITMIYALARNING XUSUSIYATLARI

`Irgasheva D.G.
Ichki kasalliklar propedivtikasi kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

6 oy davomida kasalxonaga yotqizilgan terapevtik bemorlarning qavati va yashash joyiga qarab yurak ritmi buzilishlarining chastotasi va tuzilishi o'rganiladi. Shuningdek, unga qarshi kasalliklar paydo bo'ldi aritmiya yuraklari tahlil qilinadi. Yurak ritmini (URH) buzgan 384 ta holat aniqlandi: 55,4% erkaklarda va 44,6% - ayollar. Shahar va qishloqlarda yurak urish chastotasining chastotasi deyarli farq qilmadi va teng ravishda 53,7% va 46,3% ni tashkil etdi. Ko'pincha aritmiyalar IDH bemorlarida uning turli xil displeylarida uchraydi - 29,4%. IDH ning aritmik shakli 27,6% ga to'g'ri keldi. Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda URH - 14,1%. Kardiyomiyopatiyalar 12.0% da aritmiya bilan murakkablashdi. Gipertonik kasallik bilan kasallanganlarda IDH kasalligi 8,8% bemorlarda aniqlanadi. Tirotekoksikoz mavjud bo'lganda aritmiya 4,2% hollarda, alkogolli jigar kasalligi 3,9% ga to'g'ri keladi.

Dolzarbligi. Ma'lumki, miyokarddagi tarkibiy va metabolik o'zgarishlar yuz beradigan, yurak faoliyatini tartibga solishning buzilishiga olib keladigan yurak-qon tomir tizimining barcha kasalliklari yurak ritmining buzilishiga olib keladi. Yurak-qon tomir tizimining metabolizmini va regulyatsiyasini buzilishi ekstrakardial patologik jarayon bilan (neyro-refleks, gumoral, endokrin regulyatsiya, elektrolitlar almashinuvining buzilishi, kislota-baz holatining o'zgarishi) mumkin.

Tadqiqot maqsadi. Statsionar terapevtik bemorlarda jinsi va yashash joyiga qarab yurak ritmining buzilishi va o'tkazuvchanlik buzilishlarining chastotasi va tuzilishini o'rganish, shuningdek, yurak ritmi buzilishi paydo bo'lgan kasalliklarni tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot uchun material 6 oy davomida Andijon tibbiyot instituti klinikasining to'rtta terapevtik bo'limiga yotqizilgan bemorlar edi. Biz asosiy kasallikni aniqlash uchun umumiy qabul qilingan usullardan, shuningdek EKGni yurak ritmining buzilishini aniqlashning asosiy usuli sifatida qo'lladik.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqot natijasida yurak ritmining buzilishi (HPC) ning 384 ta holati aniqlandi: 55,4% da - 214 erkak va 44,6% - 170 ayol. Shahar va qishloq aholisining yurak urish tezligi HPC sezilarli darajada farq qilmadi va mos ravishda 53,7% (206 kishi) va 46,3% (178 kishi) ga teng -p <0,05. LRD bilan kasallanishning bemorlarning yoshiga bevosita bog'liqligi mavjud edi. Shunday qilib, agar 16-29 yoshda HPC chastotasi teng bo'lsa (0,8% (3 kishi), u holda 60 yosh va undan katta odamlar orasida - 56,2% (216 kishi). Aritmiyalarning tuzilishini o'rganib, atriyal fibrilatsiyani 38% (146 bemor) orasida eng ko'p uchraganligi aniqlandi: 43,1% - 63 erkak va 56,9% - 83 ayol (P <0,05). Ekstrasistol 35,9% (138 kishi: erkaklarning 68,8% va ayollarning 31,2%, (P <0,05)): atriyal ekstrasistol 22,5% (31 kishi), atrioventrikulyar 2, 9% (4 kishi), qorincha 74,6% (103 kishi). Paroksismal taxikardiya (PT) 12,3% hollarda aniqlandi (51 bemor): erkaklarda 45,1% va ayollarda 54,9%. Atriyal PT 70,6% (36 kishi), ko'pincha erkaklarda (52,8%), atrioventrikulyar tugundan 5,9% (3 kishi), qorincha PT 23,5% (12 (12 bemor)) da atrioventrikulyar (AV) blokada aniqlandi. 8,1% (31 kishi): erkaklarning 67,7% va ayollarning 32,3% shulardan 1-darajali AB blokadasi 64,5% (20 kishi), 2-darajali AB blok 22,6% (7 bemor) va 3-darajali AV blok. 12,9% da (4 bemor) 4.7% da (18 bemor) kasal sinus sindromi.

Shu sababli, ushbu toifadagi bemorlarda muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradigan KSKni oldini olish uchun etarli terapiyani tanlash uchun elektr miyokardiy beqarorligi, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilarning ahamiyati chastotasini aniqlash bo'yicha tadqiqotlarni davom ettirish zarur. [1, 5].

Xulosa. Shunday qilib, yurak ritmining buzilishi juda keng tarqalgan, ayniqsa erkaklar va keksa yoshdagi odamlarda, shuning uchun LDKlarning eng katta qismi koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlar orasida bo'lishi bejiz emas. Bundan tashqari, biz spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan odamlarda aritmiya 83,3 foizni tashkil etganligini aniqladik, bu prognostik jihatdan eng muhim alkogolli kasalliklardan biri nafaqat jigarga, balki miyokardga ham zarar etkazish degan fikrni tasdiqlaydi.

FEATURES OF PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION

Isakova D.Z.
Department propeduction of internal diseases
Andijan State Medical Institute

Summary. In article are presented information about spreading of arterial hypertension in population of the men and women of the miscellaneous of the age, about increasing predisposed to her depending on age. Also, is in detail described information 11 factors of the risk dug about prevalence in population of the men and 9 factors of the risk in populations of the women in origin arterial hypertension.

Relevance. Arterial hypertension (AH) is one of the most pressing medical and social problems today. There are several reasons for this: it is widespread among the population; this disease corresponds to the majority of cases of disability of the atherosclerotic continuum; insufficient control of blood pressure at the population level [1,2].

Therefore, the creation of a scientific basis for improving the system of early detection and treatment of hypertension has become a necessity in Uzbekistan.

Purpose of the study. The aim of the study was to study the prevalence of hypertension in the male and female population of Andijan using new epidemiological criteria.

Our inspections were organized and conducted in accordance with the requirements of the epidemiological research of the World Health Organization (WHO). In particular, the study used uniform epidemiological methods, and the results were analyzed and evaluated according to the JCCT criteria.

Materials and research methods. For our epidemiological survey, we randomly selected two people aged 15 to 70 years (2184 in 10% of the sample and 1909 in the absolute sample) and in the male group (1579 in the 10% of the sample and 1313 in the absolute sample). using random numbers. In our study, we used questionnaire, instrumental, biochemical and epidemiological methods based on WHO recommendations. Epidemiological classification of hypertension is based on the recommendations of the WHO (1999) and the IV Congress of Cardiology of Uzbekistan.

Research results. Comparative epidemiological characteristics of mean blood pressure levels and prevalence in quintiles were studied in the populations participating in the study.

The results showed that one in three men needs active primary, secondary and tertiary preventive measures against this disease. In addition, mild hypertension is the most common (72.6%) among the male population. It was 2.6 times lower (27.9%) than moderate hypertension (R <0.01). AH was revealed, which was 3 times less severe than mild AH.

It should be noted that these results confirm the results of large epidemiological surveys carried out in recent years and indicate the urgent need for the implementation of the following important epidemiological legislation: special attention should be paid to this group, the intended surveillance of which should remain a daily activity, which allows detection at an early stage. the most dangerous complications of hypertension (stroke, myocardial infarction, disability, etc.) up to 70%.

Only 33.1% of men aged 15-70 know that they have high blood pressure, and 66.9% do not even know about it. It turns out that the subjects were almost unaware of how much they had at almost 100% blood pressure.

It was noticed that AH increases in women of different ages from 8.8% (15-19 years old) to 66.4% (in people over 70 years old), that is, up to 7.5 times. A sharp increase in hypertension occurs in people aged 50-59, 60-69 and 70 years, but it has also been found that it occurs in the reproductive period up to 50 years, up to 33.5%, which means that hypertension is not limited to women of average and older age. but also shows that women of childbearing age have become a serious problem today.

Output. 1. Among the male population of Andijan aged 15-70 years and older, the highest level (72.6%) is mild AH, 2.6 times less (27.9%) than the average AH and 3 times less (24 , 5%).) Severe hypertension. was discovered. Every third man needs active primary, secondary and tertiary preventive practice against hypertension.

2. In the female population of Andijan aged 15-70 years and older, in contrast to men, mild AH is 74.3%, AH of 2 degrees - 30.1% and AH of 3 degrees - 26.4%.

3. In the male and female population, AH increases up to 7.5 times, depending on age. In terms of origin and development, 11 major risk factors prevail in men, and 9 in women.

CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS

`Isakova D.Z.
Department propeduction of internal diseases
Andijan State Medical Institute

. Frequency and structure of infringements of a rhythm of heart, depending on a floor and a residence of the therapeutic patients who were on hospitalisation for the 6-month's period is studied. And also diseases against which

have appeared arythmies hearts are analysed. 384 cases of infringement of a rhythm of heart (URH) are revealed: at 55.4 % of men and at 44.6 % - women. Frequency URH of heart at townsmen and village considerably did not differ and was equal, accordingly 53.7 % and 46.3 %. Most often arythmies met at patients IDH its various displays – in 29.4 %. Arytmical form of IDH met in 27.6 %. URH at patients with heart diseases - 14.1 %. Cardiomyopathies became complicated with arrhythmia in 12.0 %. At sick by hypertensive illness of IDH are revealed at 8.8 % of patients. At presence thyreotoxycosis arrhythmias met in 4.2 % of cases, alcoholic liver disease 3.9%.

Relevance. As you know, all diseases of the cardiovascular system, in which structural and metabolic changes in the myocardium occur, leading to disorders of the regulation of cardiac activity, lead to cardiac arrhythmias. Violation of metabolism and regulation of the cardiovascular system is possible with an extracardiac pathological process (changes in neuro-reflex, humoral, endocrine regulation, electrolyte metabolism disorders, acid-base state).

Purpose of the study. To study the frequency and structure of cardiac arrhythmias and conduction disturbances depending on gender and place of residence in inpatient therapeutic patients, as well as to analyze diseases, against the background of which cardiac arrhythmias appeared.

Materials and research methods. The material for the study was the patients who were hospitalized in four therapeutic departments of the clinic of the Andijan Medical Institute for a 6-month period. We used generally accepted methods for diagnosing the underlying disease, as well as ECG as the main method for diagnosing heart rhythm disturbances.

Research results. As a result of the study, 384 cases of cardiac arrhythmias (HPC) were identified: in 55.4% - 214 men and 44.6% - 170 women. The heart rate HPC in urban and rural residents did not differ significantly and was equal, respectively, to 53.7% (206 people) and 46.3% (178 people) -p <0.05.

There was a direct dependence of the incidence of LRD on the age of the patients. So, if at the age of 16-29 the frequency of HPC was equal (0.8% (3 people), then among people 60 years and older - 56.2% (216 people).

Studying the structure of arrhythmias, it was found that atrial fibrillation was the most frequent in 38% (146 patients): 43.1% - 63 men and 56.9% - 83 women (P <0.05). Extrasystole was detected in 35.9% (138 people: 68.8% of men and 31.2% of women, (P <0.05)): atrial extrasystole in 22.5% (31 people), atrioventricular in 2 , 9% (4 people), ventricular in 74.6% (103 people).

Paroxysmal tachycardia (PT) was detected in 12.3% of cases (51 patients): 45.1% in men and 54.9% in women. Atrial PT occurred in 70.6% (36 people), more often in men (52.8%), from the atrioventricular node 5.9% (3 people), ventricular PT in 23.5% (12 (12 patients) Atrioventricular (AV) blockade was detected in 8.1% (31 people): 67.7% of men and 32.3% of women. Of these, grade 1 AB block was detected in 64.5% (20 people), 2nd degree AB block in 22.6% (7 patients) and 3rd degree AV block in 12.9% (4 patients). Sick sinus syndrome in 4.7% (18 patients).

Therefore, it is necessary to continue research to identify predictors of electrical myocardial instability, the frequency of significance in alcohol abusers, in patients with alcoholic liver damage, in order to select adequate therapy to prevent SCD, which presents certain difficulties in this category of patients [1, 5].

Output. Thus, cardiac arrhythmias are quite common, especially in men and people of older age groups, therefore, it is no coincidence that the largest percentage of LDCs is among patients with coronary artery disease. In addition, we found that in persons who abused alcohol, arrhythmias were found in 83.3%, which confirms the opinion that one of the most important prognostically unfavorable alcoholic diseases is damage not only to the liver, but also to the myocardium.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ АНДИЖАНСКОГО МЕДИНСТИТУТА

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, характеризуемая специфизическими условиями жизни, определенными производственными и моральными нормативами.

В настоящем сообщении представлены результаты анализа вопроса о состоянии здоровья, физического развития, физической подготовленности и изменении некоторых физиологических функций 266 студентов 17 – 26 лет за 2020 – 2021 гг. обучения в институте. При этом все студенты были распределены на постоянно занимающихся спортом и по специальной медицинской группе. Комплексная оценка состояния здоровья студентов осуществлялась по методике, предложенной институтом гигиены детей и подростков, а условия жизни их изучались с помощью специально разработанной социологической анкете. Физическое развитие изучалось по антропометрическим показателям (рост, масса, окружность и

экскурсия грудной клетки). Параллельно изучались и некоторые физиологические показатели (ЖЕЛ, становая сила, динамометрия кистевая, АД, пульс, температура и влажность кож 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 закаливающего 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, что имело место у студентов в возрастной группе 20 – 25 лет, что, 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.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ

Исламова Н.Б, Исломов Л.Б
Ассистент Самаркандского Государственной медицинской института
Самарканд,Узбекистан.

Актуальность. Одной из проблем современной клинической стоматологии является рост воспалительных заболеваний полости рта, протекающей на фоне вторичной иммунной недостаточности. Внутренним фактором воздействующим на иммунный ответ является эндокринная система, которая входит в комплекс нейрокринной регуляции гомеостаза. Важная роль в этиопатогенезе различных стоматологических заболеваний отведена сложным многофункциональным взаимоотношениям между иммунной, нервной и эндокринными системами.

Материал и методы исследования. Клинико-лабораторная часть работы основана на результатах обследования 96 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом. Из них 22 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 42 и 32 человек соответственно сочетанной гипотиреозом. Для объективизации клинической оценки показатели, как парадонтальный индекс, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс и индекс Ketze.

Результаты исследований. В результате обследования больных гипотиреозом выявили высокую частоту генерализованного пародонтита. Преимущественно отмечали хроническое течение заболевания. У 60,1% лиц в возрасте 25-45 лет отмечали, в основном, среднюю и тяжелую форму пародонтита. У больных с гипофункцией щитовидной железы преобладала диффузная застойная гиперемия десен. Как видно из приведённых результатов обследования представленной в таблице 1, содержание продуктов ПОЛ и антиоксидантной системы изучены у 96 пациентов с ХГП на фоне гипотиреоза. 18 человек составляли пациенты с ХГП без патологии щитовидной железы (контрольная группа). Пациенты с ХГП были распределены также в зависимости от степени тяжести заболевания полости рта. Выявлено, что уровень малонового диальдегида в сыворотке крови был достоверно увеличен у пациентов с ХГПТ сочетанной с гипотиреозом. Изучаемый показатель в группе с ХГПЛ и ХГПС на фоне гипотиреоза практически не различались между собой и группой контроля. Данные антиокислительной активности сыворотки крови у больных гипотиреозом также достоверно не отличались в группе больных с легкой и средней степенью ХГП, тогда как у больных с тяжелой степенью ХГП отмечено достоверное ($P<00,5$) снижение общей антиокислительной активности крови при сравнении с группой контроля. Своеобразная динамика отмечена в активности каталазы сыворотки крови у обследуемых больных. Так, при тяжелой форме ХГП сочетанной гипотиреозом наблюдается достоверное повышение активности каталазы сыворотки крови ($P<0,05$). Тогда как, в эритроцитах крови отмечена иная динамика, т.е. достоверное снижение активности каталазы на 15% при средней степени ХГП, при тяжелой степени ХГП на 20%, при сравнении с группой контроля ($P<00,5$). Таким образом, у лиц с дисфункциями щитовидной железы выявлено существенное увеличение продуктов

ПОЛ в сыворотке крови наряду со снижением ее антиокислительной активности, особенно тяжелой формой ХГП. При проведении иммуноферментного анализа у больных с ХГП различной степени тяжести на фоне гипотиреоза выявлены статистически значимые сдвиги в цитокиновом статусе. Наибольшее содержание изучаемых цитокинов в сыворотке крови зафиксировано у больных со средней и тяжелой степенью ХГП). Таку больных с ХГП средней тяжести сочетанной с гипотиреозом уровень ИЛ-1β в сыворотке крови возраста в 1,6 раза (P<00,5), а при ХГП тяжелой степени в 1,9 раза (P<00,5,) по сравнению с группой контроля. Содержание ИЛ-4 в сыворотки крови больных с ХГП осложненной гипотиреозом также увеличилась, при средней степени в 1,5 раза и при тяжёлой в 1,7 раза (P<0,05) по сравнению группой контроля. Подобная закономерность изменений отмечена и при изучении уровня ФНО-α в сыворотке крови исследуемых больных. Содержание данного цитокина у лиц с ХГПС, осложненной гипотиреозом была выше контрольных величин в 1,5 раза, у лиц с ХГПТ в 2 раза (P<00,5). Таким образом, у пациентов с ХГП различной степени тяжести сочетанной с гипотиреозом отмечается активация иммунной системы, что вероятно имеет патогенетическое значение в развитии основного заболевания.

Выводы. Воспалительные заболевания пародонтальных тканей у больных с гипотиреозом носят преимущественно хронический генерализованный характер и отличаются высокой активностью воспалительного деструктивного процесса в области зубодесневого соединения. Установлено, что значительная активация процессов ПОЛ и снижение антиокислительной защиты отмечено у больных с ХГП тяжелой степени на фоне гипофункции щитовидной железы. Показано, что при дисфункции щитовидной железы происходит выраженная активация иммунной системы, проявляющаяся увеличением уровня цитокинов в сыворотке крови. Наиболее высокие концентрации ФНОα, ИЛ-1 и ИЛ-4 выявлены у пациентов со средней степенью ХГП с гипофункцией щитовидной железы

ARTERIAL GIPERTENZIYANI XUSUSIYATLARI

Ismoilov I.I.
Ichki kasalliklar propedivikasi kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Arterial gipertenziya (AH) bugungi kunda eng dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri hisoblanadi. Buning bir qancha sabablari bor: aholi orasida keng tarqalgan; bu kasallik aterosklerotik doimiylikni buzish holatlarining aksariyat qismiga to'g'ri keladi; aholi darajasida qon bosimini nazorat qilishning etarli emasligi [1,2].

Shu sababli, arterial gipertenziyani erta aniqlash va davolash tizimini takomillashtirishning ilmiy bazasini yaratish O'zbekistonda zaruratga aylandi.

Tadqiqot maqsadi. Tadqiqotning maqsadi Andijonning erkak va ayol populyatsiyasida arterial gipertenziya tarqalishini yangi epidemiologik mezonlardan foydalangan holda o'rganish edi .

Bizning tekshirishlarimiz Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) epidemiologik o'rganish talablariga muvofiq ravishda tashkil etildi va o'tkazildi. Xususan, tadqiqotda yagona epidemiologik usullardan foydalanilgan va natijalar JCCT mezonlariga muvofiq tahlil qilingan va baholangan.

Materiallar va tadqiqot usullari . Epidemiologik tekshiruvimiz uchun biz tasodifiy ravishda 15 yoshdan 70 yoshgacha bo'lgan ikki kishini tanladik (namunaning 10 foizida 2184 va absolyut namunada 1909) va erkaklar guruhidan (namunaning 10 foizida 1579 va mutlaq namunada 1313)) .) . tasodifiy raqamlardan foydalanish. Tadqiqotimizda biz JSST tavsiyalari asosida anketa, instrumental, biokimyoviy va epidemiologik usullardan foydalanganmiz. Arterial gipertenziyaning epidemiologik tasnifi JSST (1999) va O'zbekiston kardiologiyasining IV Kongressi tavsiyalari asosida amalga oshiriladi.

Tadqiqot natijalari. Tadqiqotda qatnashgan populyatsiyalarda qon bosimi o'rtacha darajasi va kvintillarda tarqalishining qiyosiy epidemiologik xususiyatlari o'rganildi.

Natijalar shuni ko'rsatdiki, har uch erkakdan biri ushbu kasallikka qarshi faol birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika choralariga muhtoj. Bundan tashqari, engil arterial gipertenziya erkaklar orasida eng ko'p uchraydi (72,6%). O'rtacha arterial gipertenziyadan 2,6 baravar past (27,9%) (R <0,01). AH aniqlandi, bu engil AHga qaraganda 3 baravar kam edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu natijalar so'nggi yillarda o'tkazilgan yirik epidemiologik tadqiqotlar natijalarini tasdiqlaydi va quyidagi muhim epidemiologik qonunchilikni amalga oshirishning dolzarbligini ko'rsatadi: ushbu guruhga alohida e'tibor berilishi kerak, ularning nazorati saqlanib qolishi kerak dastlabki bosqichda aniqlashga imkon beradigan kunlik faoliyat. arterial gipertenziyaning eng xavfli asoratlari (qon tomir, miokard infarkti, nogironlik va boshqalar) 70% gacha.

15-70 yoshdagi erkaklarning atigi 33,1% qon bosimi yuqori ekanligini bilishadi, 66,9% esa bu haqda hatto bilishmaydi. Ma'lum bo'lishicha, sub'ektlar deyarli 100% qon bosimida qancha ekanligini bilishmagan.

AH turli yoshdagi ayollarda 8,8% dan (15-19 yosh) 66,4% gacha (70 yoshdan katta odamlarda), ya'ni 7,5 martagacha o'sishi kuzatildi. Arterial gipertenziyaning keskin o'sishi 50-59, 60-69 va 70 yoshdagi odamlarda kuzatiladi, ammo bu 50 yoshgacha bo'lgan reproduktiv davrda, 33,5% gacha bo'lganligi aniqlandi, demak arterial

gipertenziya cheklanmagan. o'rta va katta yoshdagi ayollar . balki tug'ish yoshidagi ayollar bugungi kunda jiddiy muammoga aylanganligini ham ko'rsatadi.

Xulosa. Erkak aholi orasida 1. Andijon keksa 15-70 yil va katta, eng yuqori darajasi (72,6%) o'rtacha hijriy va 3 marta kam yumshoq hijriy, 2,6 baravar kam (27,9%) hisoblanadi (24 , 5 %). .) Og'ir gipertenziya. ochildi. Har uchinchi erkak gipertenziyani faol birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikasiga muhtoj.

2. Andijonning 15-70 yosh va undan katta yoshdagi ayollarida erkaklarnikidan farqli o'laroq, engil AH 74,3%, AH 2 daraja - 30,1% va 3 daraja AH - 26,4%.

3. Erkak va ayol populyatsiyada AH yoshga qarab 7,5 martagacha ko'payadi. Kelib chiqishi va rivojlanishi jihatidan erkaklarda 11 ta, ayollarda 9 ta asosiy xavf omillari ustunlik qiladi.

COMBINED THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION

Ismoilov I.I.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. The strategic goal of treating a patient with hypertension is to reduce the risk of cardiovascular events. Such a result can primarily be achieved by reducing the elevated blood pressure to the target values defined in international and domestic recommendations. However, it is necessary to pay attention not only to the fact itself, but also to the speed of achieving target blood pressure levels (the so-called "aggressive approach" in the treatment of hypertension). As the results of large international clinical trials have shown, the rapid achievement of target blood pressure values is especially important in high-risk patients. In the VALUE study, during the first 6 months. From the start of therapy, when the difference in mean blood pressure levels between the groups was greatest (in the amlodipine group it was 3.8 / 2.2 mm Hg lower than in the valsartan group), the most significant differences in the frequency of endpoints were recorded.

Purpose of the study. To study the methods of combination therapy in patients with A / G.

Materials and research methods. Recently, a new meta-analysis of 42 clinical trials was presented (total number of included 68 patients with hypertension), which compared the blood pressure-lowering effect of a combination of any two drugs from the classes of thiazide diuretics, b-blockers, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and calcium antagonists with the effect of one of the drugs in the combination.

Research results. We analyzed factorial design studies that compared 4 groups of patients: monotherapy with one drug, monotherapy with another drug, a combination of these two drugs, and placebo.

With the use of a diuretic, the mean decrease in systolic blood pressure (minus the decrease in blood pressure in the placebo group) with monotherapy was 7.3 mm Hg. and 14.6 mm Hg. in combination with drugs of other classes. According to the same assessment scheme in the group of b-blockers, the average decrease in systolic blood pressure was 9.3 and 18.9 mm Hg; in the group of ACE inhibitors - 6.8 and 13.9 mm Hg; calcium antagonists - 8.4 and 14.3 mm Hg. respectively.

The expected decrease in blood pressure from the combination of the two drugs, suggesting an additive effect, very accurately predicted the observed decrease in blood pressure. The ratios of the observed to the expected increasing decrease in blood pressure of the combination of each class of drugs with any other in relation to the effect of one drug were respectively for thiazides, β-blockers, ACE inhibitors and calcium antagonists: 1.04 (95% confidence interval {CI} 0, 88-1.20; 1.0 (95% CI 0.76-1.24); 1.16 (95% CI 0.93-1.39) and 0.89 (95% CI 0.69-1 , 09), and for all groups together - 1.01 (95% CI 0.90-1.12) Comparison of these results with published data from other meta-analyzes evaluating the effect of different doses of the same drugs showed that doubling dose of the drug gives approximately only one-fifth of the progressive decrease in blood pressure in the case of a combination of drugs (0.22 {95% CI 0.19-0.25}).

Conclusions. Thus, a decrease in blood pressure when using a combination of two drugs from these 4 classes of drugs can be predicted on the basis of additive effects. The additional reduction in blood pressure when a combination of two different drug classes is prescribed is approximately 5 times greater than the reduction when the dose of one drug is doubled (monotherapy). This study once again confirms the great potential of combination therapy in the treatment of hypertensive patients.

FEATURES OF THE VEGETATIVE REGULATION OF THE HEART RATE OF ARTERIAL HYPERTENSION OF YOUNG AGE

Ismoilov I.I.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Speaking about the latter, it should be noted that in studies devoted to HRV in persons with normal blood pressure, we did not find special indications for the selection of persons with high normal blood pressure, and, accordingly, data on HRV in this category of subjects.

Purpose of the study: comparative study of the features of autonomic regulation of heart rate at the initial stages of AH formation in young people.

Materials and methods. On an outpatient basis, 102 men were examined, who were divided into 3 groups. Group 1 (control) included 32 people (mean age 24.5 ± 3.6 years) with optimal blood pressure (<120/80 mm Hg) and normal blood pressure (120-129 / 80-84 mm Hg). Art). Group 2 (34 people, average age 27.1 ± 3.0 years) included people with high normal blood pressure (<130-139 / 85-89 mm Hg). Group 3 was formed of 36 men (average age 28.4 ± 2.4 years) with grade 1 hypertension (BP> 140-159 / 90-99 mm Hg), the inclusion of the subject in one or another group was based on the results of measurements office blood pressure and the study of previous medical records.

Research results. Our results confirm the data according to which the development of hypertension is accompanied by a decrease in HRV (while the answer to the question whether the change in the functional state of regulatory systems with an increase in blood pressure is primary or secondary remains open and the answer to it, obviously, can be obtained only with additional long-term research); at the same time, a number of researchers believe that the development of hypertension is associated with an increase in HRV or not associated with changes in the latter; Probably, such contradictions are associated with the aforementioned ambiguity of HRV indicators and the lack of a common opinion on their interpretation today, as well as differences in methodological approaches to determining HRV, the complexity of the pathogenesis of hypertension and the formation of the contingents of the surveyed.

The increase in the centralization of cardiac control in our study is confirmed by significantly higher values of IU in groups 2 and 3 than in group 1; The absence of a decrease in SDNN in groups 2 and 3 (which would also confirm the thesis of an increase in centralization) is explained, in our opinion, by the insufficient information content of this indicator with a 5-minute recording, which, in our opinion, requires its assessment based on the results of 24-hour monitoring.

The question of whether the increased centralization of heart rate control is a response to developing autonomic imbalance or the latter is a consequence of developing centralization requires further study.

Conclusions. Thus, the development of hypertension is accompanied by changes in HRV, which consist in an increase in sympathetic and a decrease in parasympathetic activity, as well as centralization of heart rate control; these changes begin with the transition from normal to high normal blood pressure.

ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭНГ САМАРАЛИ УСУЛИ

Исмоилова С.Х., Исмоилов С.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти

Иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларда 21 аср бошларидан қандли диабет билан касалланганлар сонининг тез ўсиши кузатилмоқда. Шу жумладан, бугунги тараққиёт даврида жадал ривожланиб бораётган Мустақил Ўзбекистонда ҳам, Қандли диабет юқори тарқалиши ва ёмон прогнози туфайли олимлар ва шифокорларнинг диққат марказида бўлиб келмоқда.

Қандли диабет нафақат қон томир асоратлари, шу жумладан микроангиопатиялар (ретинопатия ва нефропатия), макроангиопатия (миокард инфаркти, инсулт ва оёқлар гангренаси) ва нейропатиялар ривожланиши натижасида нафақат тиббий, балки ижтимоий-иқтисодий характердаги жиддий муаммоларни келтириб чиқарадиган касалликлар сарасига киради. Дастлабки ўрганишлар натижасига кўра, қандли диабетнинг офтальмологик асоратлари туфайли, беморларнинг 97% дан кўпроғи биринчи ва иккинчи гуруҳ ногиронларидир.

Қандли диабет билан касалланганлар сонининг кўпайиши, параллел холатда бу касалликнинг энг оғир асоратларидан бири бўлган - диабетик ретинопатияларни ҳам ортишига сабаб бўлади. Бугунги кунда, маълумки диабетик ретинопатия кўриш қобилияти пастлиги ва кўрликнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Диабетик ретинопатияни келиб чиқиши учун асосан иккита омил ахамиятга эга: биринчиси қандли диабетнинг давомийлиги (5-10 йил муддатда) ва иккинчиси албатта қондаги қанд миқдорини юқори даражада бўлиши, бу эса беморларнинг умумий популяциясидагилар сонини тахминан 20-30% ни ташкил этади. Асосий касалликни даволаш усулларини қўлланилиши, диабетик ретинопатиянинг бошланиш даврига

таъсир қилиши аниқланган: яъни қандли диабет билан касалланишнинг давомийлиги 10-20 йилга тенг бўлса, диабетик ретинопатия билан касалланиш орал гипогликемик дориларни қабул қиладиган беморларда 37,7%, инсулин терапиясида бўлган беморларда эса - 71,2% ташкил қилади.

Фақатгина, ўз вақтида ва етарли даражада асосий касалликни даволаниши ҳисобига кўриш функцияларини барқарорлаштириши ва ушбу беморларда кўриш хиралашиши ва кўрлик ривожланишига йўл қўйилмаслиги мумкин. Диабетик ретинопатияларни даволашнинг энг самарали усули - бу албатта эндокринолог ва офтальмолог мутахассисларни ҳамкорликда даволаш муолажаларини ўтказиши бўлиб, тўр парданинг ўз вақтида лазер коагуляция қилинишида, қондаги қанд миқдорини меъёрий даражада назорат қилган ҳолда амалга оширилгандагина, 80% дан ортиқ даволанганларда кўриш қобилиятини сақлаб қолишнинг имконини бериши тасдиқланган.

ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ

Йулдошев А.А., Юсуфжонов Ж.М., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Авторы рассматривают возможности применения съемных кава-фильтров для временной имплантации. В наблюдениях установка Кава-Фильтра 21 больным предполагалась на время лечения флотирующих тромбов в нижней полой вене и ее притоках с использованием тромбэктомии, тромболизиса или антикоагулянтов. Имплантация Кава-Фильтра 11 пациентам применена до ортопедических операций, проводимых на фоне тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, из-за опасности тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

После устранения угрозы ТЭЛА Кава-Фильтры удалены у 8 больных (38%) в сроки от 12 до 30 суток. 3 пациента отказались от удаления фильтра, у 2 оно не удалось. Из-за сохраняющейся опасности ТЭЛА КФ был оставлен для постоянной имплантации у 7 больных, в том числе у 1 пациента из-за эмболии в фильтр и у 2 – из-за его тромбоза. В наблюдениях не возникли случаи ТЭЛА.

В сроки от 6 до 12 месяцев после удаления КФ обследовано 6 больных. Признаков ТЭЛА у них не выявлено, нижняя полая вена проходима.

На основании собственного опыта авторы рассматривают ряд аспектов: условия, необходимые для выполнения временной имплантации КФ и показания к ней, факторы, обеспечивающие минимальный риск рецидива венозного тромбоза и ТЭЛА после удаления фильтра, возможности более широкого использования метода в клинической практике. По их мнению, временная имплантация КФ – наиболее перспективное направление эндоваскулярной профилактики ТЭЛА.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Йулдашев А.А., Болтаев А.А., Хожакбаров А.Х., Юсуфжонов Ж.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: достичь более ранней реконволесценции больных перенесших инсульт, улучшить гемодинамические показатели головного мозга.

Материал и методы: Наманганский филиал РНЦЭМП в период с 2018 г. по 2020 гг. были выполнены 16 реконструктивных операций на сонных артериях (СА) при окклюзии внутренней сонной артерии (ВСА). Все прооперированные больные были с окклюзией, в сочетании с контролатеральным стенозом ВСА. Из них 10(62,5%) больных – перешесшие острое нарушение мозгового кровотока (ОНМК), 6(37,5%) – без ОНМК в анамнезе. Всем пациентам производилась двухэтапная операция: 1-в области паховой складки, отбирали аутотрансплантант из участка большой подкожной вены; 2- резекция ВСА, эндартерэктомия из общей (ОСА) и наружнй сонную артерии (ОСА) с наложением аутовенозной заплаты с соответствующей стороны.

Результаты: После наложения заплпты, во всех случаях, был достигнут ламинарный антеградный кровоток по ОСА и НСА. Полученные результаты оценивались через 6 и 12 месяцев после операции. Результаты оценивались по клиническому течению заболевания, неврологическому статусу больного, а также по результатам инструментальных методов исследования. Клиническая картина во всех случаях характеризовалась снижением головных болей и головокружения, более легкой коррекцией АД у больных получающих 2 и более антигипертензивных препаратов, сохранением антеградного ламинарного кровотока, отсутствием рестенозов после 6 и 12 месяцев наблюдений.

Заключение: Исходя из вышеизложенного, с уверенностью можем сказать, что предложенная нами методика безусловно является методом выбора при окклюзионных поражениях сонных артерий.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Йулдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А., Юсуфжонов Ж.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – тяжелое заболевание, сопровождающиеся высокой летальностью и большим количеством осложнений. Смертность от ТЭЛА в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. По данным разных авторов, до 95% случаев ТЭЛА обусловлено острым венозным тромбозом в системе нижней полой вены (НПВ).

Цель: Оптимизация диагностико-лечебного комплекса у больных с венозном тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы: За период с 2016 по 2020 г.г. под нашим наблюдением находилось 694 пациентов с тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Из них с острым тромбозом глубоких вен голени 284(41%) больных, с острым тромбозом подколенной вены 109(15.8%) больных, с острым тромбозом бедренной вены 110(15.9%) больных, с острым илеофеморальным венозным тромбозом 183(25.6%) больных, с тромбозом НПВ 8(1.1%) больных. С клиникой ТЭЛА поступили 6 (0,9%) пациентов.

Результаты исследования: Всем больным с тромбозами глубоких вен нижних конечностей выполняли цветное дуплексное сканирование (ЦДС) на ультразвуковом сканера Toshiba Xario (Япония) с линейном датчиком 8 МГц и конвексным датчиком 3,5 МГц. Дистальная флебография проведено у 54 больных. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет (средний возраст – 50). Все пациенты с тромбозом глубоких вен, при обследовании которых обнаружен окклюзируюший тромб, а также пациенты с тромбозами вен голени получали курс консервативной терапии, с применением препаратов низкомолекулярных гепаринов в течении 3-6 дней, внутривенное введении реополиглюкина, дезагрегантов, венопротекторов и нестероидных противовоспалительных средств в общепринятых дозировках. На фоне консервативной терапии летальность отмечалось у 4 пациентов, от повторной массивной ТЭЛА, что составило (0,57%) от общего числа тромбозов глубоких вен нижних конечностей.

У 43 больных флотирующим тромбом проведено оперативное лечение в первые сутки от момента поступления. Проведены следующие операции: Перевязка поверхностной бедренной вены 24 (58%) больным, операция кавапликация 8 (21%) больным, установка кава-фильтра в НПВ 9 (21%) больным. Все операции произведены для профилактики тромбоэмболии легочной артерии. Рецидив в отдаленном периоде после имплантации кава-фильтра наблюдалось у 2 пациентов.

Выводы. Данные методы исследования и лечения улучшили результаты лечения больных с острыми тромбозами системы НПВ, оправдали необходимость активной тактики в решении данного сложного вопроса сосудистой хирургии. При возникновении осложненных форм острого венозного тромбоза оптимальным методом профилактики ТЭЛА является хирургическая коррекция.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Калниязова И.Б., Мадреимов А.М., Адбукахарова М.Ф., Неъматова Н.У. , Зиятова Ш.
Қўнғирот тармоқ санитария-эпидемиология станцияси, Қорақалпоғистон тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси

Бутун дунё бўйича тарқалиши давом этаётган ОИВ/ОИТС инфекцияси ҳозирги кунда замонамизнинг энг жиддий, долзарб муаммосига айланди. ОИВ-инфекциясининг пандемияси инсоният тарихида XX аср охиридаги йирик фожеасидир. Бу касалликдан нобуд бўлганларнинг сони, касалланишнинг жамиятга келтирган иқтисодий зарари бўйича мутахассислар уни “иккита жаҳон уруши билан бир қаторга қўйиш мумкин” деб ҳисоблайдилар. Лекин ОИВ-инфекцияси аҳоли орасига сездирмасдан кириб келиши ва тезда қамраб олиши билан жаҳон урушларидан фарқ қилади. ОИВ касаллигини чақирувчи вирусга таъсир этиш имкониятининг чекланганлиги, ОИВни одам организмида бутун ҳаёти давомида сақланиб қолиши, уни ташқи муҳитга доимий равишда ажралиб туриши, касалликка қарши самарали вакцинанинг мавжуд эмаслиги ва бу касалликни батамом даволаш имконияти йўқлиги, эпидемия асосан хулқ-атвори оғир бўлган гуруҳлар (гиёҳвандлар, фоҳишалар, бесоқолбозлар, меҳнат мигрантлари ва б.қ.) ўртасида тарқалаётганлиги ва бу гуруҳларни профилактик дастурлар билан қамраб олишнинг мураккаблиги, қисқа вақт таъсир қиладиган самарали чора-тадбирларнинг бугунги кунда мавжуд эмаслиги касалликнинг ер юзида пандемия тусида тарқалишига сабаб бўлмоқда.

Ўзбекистонда ОИВ-инфекцияси бўйича эпидемик вазиятнинг ривожланиши Марказий ва Шарқий Европа, Марказий Осиё мамлакатлари учун ҳам хосдир. Бу мамлакатларда инфекция жамланган босқичдалигига қарамасдан, ОИВ-инфекциясининг тарқалиш тезлиги ортиб бормоқда. Мазкур

минтақаларда ОИВ-инфекцияси тарқалишининг асосий сабаби гиёҳванд моддаларни инъекция орқали қабул қилишдир, лекин охирги йилларда касалликнинг жинсий алоқа йўли билан тарқалиши ортиб бориши кузатилмоқда [1,2,3].

ОИВ-инфекцияси билан касалланиш бўйича Қорақалпоғистон Республикасида дастлабки эпидемик ҳолат 2003-йилда Элликқалъа туманидан ЖИЭМдаги аёлда қайд этилган бўлиб, 2009 йилгача ОИВ-инфекцияси фақат хавфли ижтимоий гуруҳлар асосан гиёҳванд моддаларни инъекция орқали қабул қилувчилар орасида тарқалган бўлса, кейинчалик умумий аҳоли орасида ҳам билан касалланиш ҳолатлари кузатилган. Эпидемия тарқалишидаги ҳудудий тафовут меҳнат миграцияси ва гиёҳванд моддалар йўналиши ўтганлигининг таъсири билан боғлиқлиги аниқланган [4,5].

Тадқиқотнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасида олиб борилаётган профилактик тадбирларга асосланган ҳолда Қорақалпоғистон Республикаси мисолида ОИВ/ОИТС инфекциясининг эпидемиологик тавсифи ва унинг профилактикасини такомиллаштириш

Текшириш материали: Қорақалпоғистон Республикаси ОИТСга қарши кураш марказининг ОИВ-инфекцияси билан касалланиш бўйича 2019-2020 йиллардаги расмий маълумотлари ва ҳисобот шакллари.

Тадқиқот усуллари: Эпидемиологик ва статистик

Тадқиқот натижаларига кўра Қорақалпоғистон Республикасида бугунги кунга келиб жами ОИВ-инфекцияси билан яшаб келаётганлар сони (100 минг аҳоли сонига нисбатан 40,4 ни), шундан 1,7% ни 18 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. 2020-йилда Қорақалпоғистон Республикасида ОИВ-инфекцияси билан касалланиш барқарорлашиб, ўтган йилга нисбатан 1,4 бароварга камайган. 2019-йилда касалланиш кўрсаткичи (100 минг аҳоли сонига нисбатан интенсив кўрсаткич 6,0 ни ташкил килган бўлса, 2020-йилда 4,4 ни ташкил этган). 2020-йилда 18 ёшгача бўлган болалар ўртасида касалланиш ҳолатлари аниқланмаган.

2020-йилда ОИВ-инфекцияси билан касалланганларни туманлар кесимида қилинган таҳлил натижаларига кўра энг юқори кўрсаткич Беруний тумани 36,9% ни ташкил этиши, Тўрткўл тумани 17,8%, Нукус шахри 9,5%, Амударё ва Элликқалъа туманлари 8,3%, Хўжайли тумани 5,9%, Тахиатош ва Чимбой туманлари 3,5%, Қўнгирот тумани 2,3%, Тахтакўпир, Нукус ва Қонликўл туманлари 1,1% ни ташкил этган бўлса Мўйноқ ва Бозатаў туманларида касалланиш ҳолатлари қайд қилинмаган. Республикамиздаги касалланиш кўрсаткичларини жинслар бўйича таҳлил қилганимизда эркаклар 57,1 % ни, аёллар 42,9 % ни ташкил қилган. Юқиш йўллари бўйича таҳлил қилганимизда жинсий алоқа орқали юқиш (85,7) салмоғи ортиб бормоқда, маиший парентерал йўл (нотиббий) орқали юқиш (3,5%) ноаниқ юқиш йули (4,7%) ни эгаллаган бўлса, 5,9 % ҳолат бўйича ҳали эпидемиологик суриштирув давом этмокда.

2020-йилда ОИВга текширилганлар сони ўтган 2019-йилга нисбатан Коронавирус COVID-19 эпидемиологик вазияти карантинига боғлиқ 12,4% га камайган. 2019-йил 278224 нафар контингент ОИВга текширилган бўлса, 2020-йил 223618 нафар контингент ОИВга текширувдан ўтган. Текширилганларни хавфли ижтимоий гуруҳлар бўйича солиштирма таҳлил натижаларига кўра 13,1 % ни меҳнат мигрантлари, 15,5 % ни ОИВ инфекцияли шахс билан алоқа килганлар, 14 % ни жазони ижро этиш муассасасидаги шахслар, 1,2% ни донорлар, 38,1% ни клиник кўрсатма бўйича текширилганлар, 6 % ни жинсий алоқа йўли билан юқувчи касаллиги бўлганлар, 2,4% ни тиббий ходимлар ва 1,2 % ни моддий рағбатлантириш эвазига интим хизмат кўрсатувчи шахслар ташкил этганлиги аниқланди.

Қорақалпоғистон Республикасида жами ОИВ-инфекцияси ва ундан ўлим кўрсаткичлари бўйича таҳлил қилганимизда 76,7 % шахслар ОИВ-инфекцияли босқичда, ОИТС билан касалланганларнинг 23,2 % да ўлим кўрсаткичи қайд этилганлиги аниқланди.

Хулоса: ОИВ-инфекциясининг профилактикаси, диагностикаси ва уни даволаш бўйича айниқса хусусий тиббиёт секторлари шифокорлари, шунингдек ўрта ва кичик тиббиёт ходимларининг малакасини доимий ошириб бориш зарур. Шунингдек меҳнат мигрантлари орасида ОИВ-инфекцияси тарқалишининг олдини олиш учун санитария-тарғибот ишларини уларнинг кўпроқ тўпланадиган жойларида (вокзаллар, аэропортлар, автобуслар шоҳбекатлари), турар жойларида, оила аъзолари ўртасида ва ишлаш жойларида кучайтириш чунки мамлакатдан чиқиб кетгандан кейин уларнинг ахлоқий хулқ-атвори бўйича ижтимоий назорат кескин камаяди.

ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Ибабекова Ш.Р., Атаходжаева Г.А., Тагаева Д.Р.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить показатели почечного кровотока у больных с I-III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) в зависимости от степени дисфункции почек (ДП).

Материал и методы исследования. Обследовано 223 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III ФК ХСН, обследованные исходно и через 6 месяцев лечения. Все больные были распределены на 2 группы в зависимости от расчетной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ): 30<рСКФ≤60

мл/мин/*1,73м²* – 67 больных (29 в I группе, 38 больных – во II группе), которые соответствуют 3 стадии ХБП, и рСКФ>60 мл/мин/*1,73м²* -156 больных (89 больных – в 1 группе, 67 – в 2 группе). Почечный кровоток определяли методом допплерографии сосудов, при этом оценивались следующие показатели: пиковая систолическая скорость кровотока (Vs), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Vd), усредненная по времени скорость кровотока (Vmean), индекс резистентности (RI), индекс пульсативности (PI), определяемые на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артериях.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у 67 больных с рСКФ<60 мл/мин/*1,73 м²* - у 12 больных (40%) 30<рСКФ≤45 мл/мин/*1,73м² (3Б стадия ХБП), у 55 больных (60%)* 45<рСКФ≤60 мл/мин/*1,73м² (3А стадия ХБП)*. У больных с рСКФ<60 мл/мин/*1,73 м²* Кр и рСКФ составили 120,0±25,0 мкмоль/л и 51,0±8,4 *мл/мин/1,73м²* соответственно. У больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73 м² (n=156) первой группы Кр и рСКФ составили 80,7±12,7 мкмоль/л и 78,5±13,5 *мл/мин/1,73м²* соответственно.

У больных ХСН I-III ФК на уровне правой и левой почечной артерии, а также внутриорганных (сегментарных, долевых) артерий было отмечено наряду с увеличением резистентных и пульсативных показателей снижение скоростных показателей в период систолы и диастолы, усредненной скорости кровотока по сравнению с показателями контроля, особенно данные нарушения были выражены на уровне долевых почечных артерий. Наиболее информативными маркерами ДП при исследовании почечного кровотока являются резистентные и пульсативные индексы, как достоверные показатели периферического сопротивления почечных артерий.

Установлена взаимосвязь показателей почечного кровотока и рСКФ: у больных с рСКФ≤60 мл/мин/1,73м² Vd на правой и левой почечных артериях снижение Vs на - 16,1% и 17%, Vd на - 17% и 16%, индекс пульсативности на 9,6 и 10% выше по сравнению с данными показателями у больных с рСКФ>60 мл/мин/1,73м².

Выводы. У больных с ХСН при ДП выявилась уменьшение наполнения артериального русла, почечной гипоперфузией, повышенным сопротивлением почечных сосудов, снижением почечного кровотока.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И УРОВНЯ НЕЙРОГОРМОНОВ

Камилова У.К., Икрамова Ф.А., Закирова Г.А., Абдуллаева Ч.А., Бекназарова С.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Выявление прогностических факторов неблагоприятного течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) с учетом функции почек и уровня N-терминального участка мозгового натрийуретического пептида (NTproBNP) и альдостерона (Ал).

Материал и методы исследования. Обследованы 120 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с I-III функциональным классом (ФК) ХСН. Всем пациентам проводили: эхокардиография с оценкой конечно-диастолического и конечно-систолического объемов и размеров левого желудочка (КДО, КСО и КДР, КСР ЛЖ), фракции выброса (ФВ) ЛЖ, индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ); при проведении допплерографии брахиоцефальных артерий и почечных артерий оценивали показатель толщины интим-медии (ТИМ) на уровне общей сонной артерии (ОСА), резистивного и пульсационного индекса (RI и PI) на уровне правой и левой почечной артерии; определяли уровень сывороточного креатинина (Кр), расчетным методом скорость клубочково фильтрации (рСКФ) по формуле CKD-EPI в мл/мин, уровень NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл.

Результаты исследования. Для оценки значимости параметров в прогнозировании течения ХСН с учетом функции почек использована методика неоднородной последовательной процедуры с разработкой дифференциально-диагностических таблиц (ДТ) в три этапа: первый – исследование вероятности признака при ХСН в зависимости от степени тяжести, вычисление диагностических коэффициентов (ДК) и определение информативности (J) каждого признака; второй этап – составление ДТ, с включением признаков, имевших высокую J (более или равной 0,5), определение их чувствительности (Se), прогностической значимости; третий этап – выбор диагностических порогов (суммы ДК), позволивших принять правильное решение. Для оценки значимости признаков при прогнозе течения ХСН были отобраны следующие диагностические показатели: структурно-геометрические параметры ЛЖ (КДР, КДО и КСР ЛЖ, ФВ ЛЖ, ИММЛЖ, ИСd и ИСs), параметры сосудистого ремоделирования (ТИМ на уровне правой и левой ОСА), показатели почечной функции (рСКФ), уровень NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл. Прогностически значимыми для определения неблагоприятного течения ХСН оказались: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм, снижение рСКФ менее 60 мл/мин, увеличение уровня NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл.

Выводы. Анализ проведенного математического прогнозирования неблагоприятного течения ХСН показал, что наиболее ранними неблагоприятными прогностическими признаками являются: наличие ФВ менее 50%, увеличение КДО более 137 мл, КСР более 43 мм и снижение СКФ менее 60 мл/мин, уровень NTproBNP более 300 пг/мл и Ал более 200 пг/мл.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ

Карабаева Ф.У.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) являются причиной 38% всех случаев смерти в Северной Америке и самой частой причиной смерти европейских мужчин в возрасте менее чем 65 лет, и второй по частоте причиной смерти у женщин. Оценка и модификация корректируемых факторов риска ССЗ эффективно уменьшает риск сердечно - сосудистых событий. Метаболический синдром (МС), также известный как синдром Х или синдром инсулинорезистентности, является сочетанием различных расстройств обмена веществ, каждое из которых является независимым фактором риска для ССЗ. Наличие МС связано с повышенным риском ССЗ и сахарным диабетом 2 типа.

Идентификация МС в комбинации с оценкой 10-летнего риска ССЗ может использоваться для выделения групп пациентов, которые нуждаются не только в модификации образа жизни, но и требуют специфической медикаментозной терапии.

Ревматологические пациенты с хроническими воспалительными заболеваниями имеют высокий риск ССЗ, а также более высокую заболеваемость и смертность от них. МС может обеспечивать дополнительную связь между ускоренным атеросклерозом и воспалением при этих заболеваниях.

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 МС; 2-ю группу — 30 больных с МС 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.

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: 8СОКЕ-6,42, Р1ЮСАМ-13,2.

Шкала Р1ЮСАМ 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 ($R = 0,33$, $p < 0,01$).

Выводы. 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 Р1ЮСАМ, что позволит выработать комплексный и индивидуальный подход к терапии подагры с целью улучшения качества и продолжительности жизни больного.

О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОФИЛИИ

Каримов Х.Я., Мусашайхов У.Х., Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.
Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Тромбофилии (или повышенная склонность к тромбозам) представляют собой наследственные и приобретенные состояния, характеризующиеся чрезмерной склонностью организма к тромбообразованию в кровеносных сосудах

Тромбоз – патология, вызванная аномальным формированием тромба в кровеносных сосудах. Заболевания, так или иначе связанные с тромбозами сосудов различных локализаций, составляют до 65% от всех патологических форм.

Цель и задачи исследования. Изучить патогенетические факторы риска развития тромбофилий и их значение в предупреждении повторных сосудистых осложнений.

Материалы и методы исследований. Изучены факторы риска развития тромбофилий из опыта практики и их значение в профилактике повторных осложнений.

Полученные результаты и их обсуждение. Учитывая уникальную значимость для жизни пациента тромбозов артериального и венозного русла, усилия многих исследователей были направлены не только на совершенствование методов диагностики и лечения сосудистых ишемий, но и на опережающую профилактику, прежде всего предупреждение повторных сосудистых осложнений. Для этого важно отследить те или иные причины и условия, при которых чаще всего возникали и повторялись тромбозы различных локализаций.

Всемирная организация здравоохранения и Международное общество по тромбозу и гемостазу ввели понятие «тромбофилии» как состояния с необычной склонностью к тромбозам с ранним возрастным началом, отягощённым семейным анамнезом, степени тяжести тромбоза непропорциональной известному причинному фактору и наличием рецидивов тромбоза.

К вероятным причинам артериального тромбоза сегодня можно отнести: кардиоэмболизм, эмболию от артерии к артерии вследствие опухолевых или инфекционных процессов, расслоение стенки артерии, фиброзно-мышечную дисплазию, кистозное адвентициальное заболевание, аневризматическое заболевание артерии с тромбозом, травму, в том числе термическую, ущемление артерии, васкулит (первичный или вторичный), облитерирующий тромбоангиит, инфекцию стенки артерии, ангиоспазм, сосудистую опухоль, аномалии сосудов, синдром сгущения крови, выработку холодовых агглютининов, ряд вредных привычек (табакокурение, употребление наркотиков).

В число факторов риска венозных тромбозов включают также факт госпитализации, особенности операции (длительность, травматизм и вид используемого наркоза) и малую подвижность при неврологических заболеваниях. К этому следует добавить и такие факторы риска, как возраст, семейный и индивидуальный тромботический анамнез, принадлежность к мужскому полу, подключение венозного доступа, физический и психологический дистресс и ряд других. Современная медицинская практика ориентируется также на распознавание тромбофилии прежде всего по определению носительства тромбогенных мутаций и полиморфизмов после проведения соответствующего генетического и иммунологического обследования. Для дифференцировки факторов тромбогенного риска и тромбофилии решающим выходом из положения видится широкое введение в клиническую практику критериев диагностики одной из классических форм тромбофилии – «антифосфолипидный синдром». Диагноз «антифосфолипидный синдром» считается достоверным при сочетаниях хотя бы одного или более клинических проявлений данной патологии.

Заключение. Знание патогенетических факторов риска развития тромбофилий позволит объективно оценить состояние больных в каждом конкретном случае, целенаправленно провести комплексное патогенетическое лечение и предупредить повторные сосудистые осложнения.

РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н .А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования: оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась разработанной нами методики.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лезерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК-излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 ГЦ обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с 216,5±11,0 до 63,8±6,4 мкмоль/л (без ЛО - с 217,3±6,6 до 90,3±5,4 мкмоль/л; $p<0,05$) и в дальнейшем до 38,5±1,3 мкмоль/л (против 49,0±4,0 мкмоль/л; $p<0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения ($p<0,05$ по отношению к ПС без ЛО). На основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение. Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Касимов Н .А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Хошимов С.З
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить эффективность углеродного нанопористого гемосорбента в эксперименте на модели механической желтухи.

Материалы и методы. Фундаментом данного исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. В эксперименте формирование механической желтухи выполнено у 12 животных, максимальная клиническая картина патологического процесса проявилась на 5 сутки после операции. С этого времени экспериментальные животные были разделены на 3 группы по 4 животных: Контрольная группа №1 – животные, которым после восстановления пассажа желчи (на 5 сутки) лечебные процедуры в виде экстракорпоральной детоксикации не проводились. Контрольная группа №2 – животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи плазмосорбция (2 сеанса) проводилась с применением угольного сорбента на основе анионообменной смолы - АН-221 (производитель ООО «Химимпэкс», Украина). Опытная группа - животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи выполнялось 2 сеанса экстракорпоральной детоксикации с отечественным гемосорбентом. Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы. Достигнуто достоверное снижение уровня практически всех патологических уровней метаболитов: билирубина, мочевины, креатинина, аммиака. Тогда как уровень белка в опытной группе оставался без достоверных изменений. Каждый сеанс плазмосорбции сопровождался использованием новой сорбционной колонки. Для УНПГС плазмосорбция была наиболее эффективна в течение 10 минут (в соотношении 50 г/100 мл плазмы).

Заключение. Таким образом, результаты изучения свойств УНПГС на модели механической желтухи показали безвредность и биологическую эффективность наномезопористого углеродного гемосорбента. Полученные результаты с обоснованной безопасностью и эффективностью проведения плазмосорбции через новый отечественный гемосорбент позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

FIBRILLION OF OFFICES IN THE BACKGROUND OF ISCHEMIC DISEASE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ORAL ANTICOAGULANTS IN TREATMENT AND PREVENTION

Kasimova N.J.
Department propeduction of internal diseases
Andijan State Medical Institute

Relevance. It can be seen that the rate of heart failure increased by 10% over 3 years in patients with heart failure (HJ) [Crijns HJ et al, 2000]. BF was found to be a disease that independently predicts death [Benjamin EJ, 1998]. The occurrence of BP in patients with coronary artery disease significantly increases the likelihood of serious complications and death. The most serious complications of acute infection are thromboembolism (TE) and the development or worsening of chronic heart failure. In 2/3 of patients with BF, the cause of thromboembolism (TE) is an intracardiac thrombus, which is detected in 3–18% of patients [Manning VG, 1995; Godtfredsen J., 2003]. The incidence of ischemic stroke in patients with BF averages 5% per year and is 2-7 times higher than in patients with this disease [B. Brembilla-Perrot et al, 1994; CV Naccarelli et al, 2003].

Purpose of the study. To study the efficacy and safety of oral anticoagulants in the prevention of thromboembolic complications in patients with atrial fibrillation associated with coronary heart disease.

Materials and research methods. At the first stage, out of 40 patients, 23 (57.5%) were men and 17 (42.5%) were women. They underwent a comprehensive clinical and instrumental study of the effects of warfarin and rivoroxaban using the European Solidarity Questionnaire (1987) for the diagnosis of cardiovascular diseases. Patients' responses to a questionnaire, a symptom questionnaire, information about drug treatment, smoking, patient's occupation, as well as clinical and functional examination methods (height, pulse, mountain pressure) allowed determining fibrillation in a total of 40 patients.

Research results. The main principles of the treatment of fibrillation are anticoagulant therapy, as well as monitoring the heart rate and heart rate in patients. Although the scientific concept is very simple, the clinical variability of fibrillation often makes it difficult for an experienced physician to make a decision (choosing the optimal treatment strategy - monitoring heart rate and heart rate, prescribing adequate antiarrhythmic therapy, prescribing orolanticoagulants to correctly assess the rhythm). One of the main reasons for the prevalence of fibrillation is the lack of adequate treatment, so the likelihood of developing serious complications increases, which remains one of the main factors for further research in this area.

Of the comorbidities, hypertension is ischemic heart disease in 80% of patients. Heart failure occurred in 37.5% of patients of functional class I and II and in 26.4% of patients with diabetes mellitus. Hypercholesterolemia was observed in 43.6% of patients. Myocardial infarction was observed in 3.4% of patients.

Of the comorbidities, hypertension is ischemic heart disease in 80% of patients. Heart failure occurred in 37.5% of patients with functional class I and II and in 26.4% of patients with diabetes mellitus. Hypercholesterolemia was observed in 43.6% of patients. Myocardial infarction was observed in 3.4% of patients.

The analysis of the ECG results during the observation period was carried out simultaneously with the assessment of the QT interval of the QRS complex of the heart rate. In patients treated with digoxin, the duration of the RR interval was shorter (0.37 ± 0.04, $r < 0.05$). In 5.7% of patients with coronary heart disease with chronic heart disease, tachyarrhythmias with asystole episodes lasting more than 2.5 seconds and QRS aberration were simultaneously recorded.

The risk factors for the development of symptomatic recurrence were: the presence of supraventricular extrasystole, recurrence of asymptomatic manifestations of ZhB one or more times a day, an increase in the maximum heart rate from 90 beats per minute.

Output. In 93.4% of cases in patients of group 1, HMM remained in the therapeutic range of 2-3. Titration of the warfarin dose in 25% of patients in group 2 required laboratory monitoring of the HMM. This condition has shown that rivaroxaban is more effective than warfarin.

In the group of patients taking rivoraxaban for a long time, hemorrhagic complications were observed in 2.5% of cases in the form of small hemorrhages. In the group of patients taking warfarin for a long time, in 4% of cases there were cases of gastrointestinal bleeding, in 8% of cases - minor bleeding. TIA was observed in one patient (4%). This case once again proved that the new oral anticoagulant rivaroxaban is safer than warfarin.

ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Ж.Ш. Каюмов, М.Ю. Каримов
Ташкентская медицинская академия

Цель изучить реологических свойств крови до и после эндопротезирования у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости перенесших COVID-19.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 40 пациентов (основная группа) с сентября месяца 2020 года по март 2021 год. Контрольную группу включены 41 больные, оперированы в период с 2017 по 2019 годы (до COVID-19). В предоперационном периоде основная группа больных были обследованы на антитела к SARS-CoV-2 IgG и IgM, где в крови подтвердился наличия антитела IgG. Женщин - 55, мужчин - 26. Средний возраст составил 60,5±5,5 лет (от 55 до 75 лет). Все больные обследованы стандартной цифровой рентгенографии тазобедренного сустава в положении стоя. Состояния сустава дополнительно изучено на 1.5-тесловый МРТ устройстве, экспертного класса *Essenza*. В пред и послеоперационном периоде основной акцент из лабораторных анализов было направлено на изучения коагуляционных свойств крови. Качество жизни пациентов оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (*ВАШ*) и метода SF-36 (*Short-Form Health Status Survey*). Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава выполнено 81 пациентам. В предоперационным периоде у всех пациентов, перенесших COVID-19, наблюдалась гиперкоагуляция по сравнению с контрольной группой. С целью профилактики тромбоэмболических осложнении, в пред и послеоперационном периоде проводилась строго контролируемая антикоагулянтная терапия.

Заключения В предоперационном периоде у больных перенесших COVID-19 необходимо тщательно изучить коагуляционные свойства крови. Для предотвращения таких осложнений, как ТЭЛА и ТГВ, всем пациентам в предоперационном периоде следует проводить лечение антикоагулянтами и антиагрегантами до тех пор, пока параметры свертывания крови не вернутся к норме.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКИСТАН

***Кеулимкосова А.К., Абдукахарова М.Ф., Мансуровам К.,* Суннатиллаев Р.**
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность темы: коронавирусная инфекция 2019-nCoV – инфекция потенциально тяжёлая острая респираторная инфекция, вызываемая коронавирусом SARS-CoV-2 (2019-nCoV), к инфекции восприимчивы люди всех возрастных категорий . 11 марта 2020 года распространение вируса было признано ВОЗ пандемией. Эта эпидемия является первой в истории человечества. Распространяется вирус воздушно-капельным путём через вдыхание распылённых в воздухе при кашле, чихании или разговоре капель с вирусом, а также через попадание вируса на поверхности с последующим занесением в глаза, нос или рот. К числу эффективных мер профилактики относится частое мытьё рук и соблюдение правил респираторной гигиены. Наиболее важной ответной мерой по отношению к инфекции являются не лечебные мероприятия, а снижение скорости её распространения

Цель изучения этой проблемы COVID-19 в Республике Каракалпакистан сводится к изучению эпидемиологической характеристики и усовершенствовать эпидемиологического надзора над этой инфекцией.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились статистические отчетные данные отдела санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Каракалпакистан за 2020 года по заболеваемости COVID-19. В работе применялись эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты исследования. По нашим наблюдениям в Республике Каракалпакистан Коронавирусная инфекция впервые была зарегистрирована 17-апреля 2020 года в городе Нукус у человека, который приехал из города Ташкент. С начала июля месяца инфекция начала распространятся на все регионы республики. С начала пандемий самое большое число зараженных среди регионов является город Нукус 417 (51,4%), также Кунгуров 40 (4,92%) и Хужайли 53 (6,52%). А по всей республике Каракалпакистан составляет 812 случаев зараженных--Турткул-17 (2,09%), Чимбой-25 (3,07%), Муйнок-18 (2,2), Беруний-20 (2,4%), Тахиатош-40 (4,92%), Тахтакупир-11(1,35%), Шуманой-18 (2,21%), Нукус район-31 (3,81%), Канликул-15 (1,84%), Караузак-15(1,84%) Элликкала-16 (1.97%), Бузатов-9 (1.1%). Частота заражения низкая из-за не плотности населения. По половой принадлежности большое число зараженных составляют мужчине 438 (54%), а женщины несколько уступают 374 (46%).

Распространение инфекции по возрасту: 1-5лет 17 случаев 2,09%, 5-15 лет 25 случаев 3,07%, 15-25 лет 60 случаев 7,39%, 25-44 лет 311 случаев 38,3%, 45-60 лет 235 случаев 28,9%, 60-75 лет 150 случаев 18,4%, 75-90 лет 13 случаев 1,6%, 90 лет и более 1 случай 0,12 %. Самое большое число составляет люди в возрасте от 25 до 44 лет 311 случаев 38,3%.

Заключение: В заключений хотелось бы напомнить, что все еще коронавирусная инфекция продолжает распространятся, и в связи с этим надо более глубоко изучить эпидемиологическую характеристику и организовать жесткий эпидемиологический надзор, и усовершенствовать профилактику данной инфекции.

ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан

Среди прочих проблем ситуация с хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ – инфекции, заслуживает особого внимания. Это в определенной степени связано с не изученностью аспектов эмфиземы легких (ЭЛ), как основная часть ХОБЛ, у популяции ВИЧ – инфицированных (ВИЧа ЭЛ).

Цель исследования – изучение эпидемиологических и профилактических особенностей эмфизема легких на фоне ВИЧ – инфекции.

Материал и методы: эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке (507 чел.) популяции ВИЧ – инфицированных с использованием эпидемиологических, биохимических и инструментальных методов.

Результаты и выводы: ВИЧа ЭЛ на уровне популяции, установлена сравнительно меньшей распространенностью (3,0%). С высокой частотой характеризовалась у ВИЧи – популяции мужчин (9,5%). Чем у ВИЧи – женщин (4,9%); P<0,05.

В зависимости от возраста ВИЧа ЭЛ регистрировалась следующим образом: в возрастом диапазоне 20 – 29 лет – 3,7%, 30 – 39 лет – 5,6%,40 -49 лет 14,3% и50 – 59 лет – 14,3%. В целом, в зависимости от возраста ВИЧи – популяции выявляемость эмфиземы легких увеличивается до 14,3% или более чем в 4 раза (P<0,01).

Такого анализе доступной литературе мы не встретили и кроме того, нам показался интересным изучение эпидемиологических показателей факторов риска ВИЧа ЭЛ в различных возрастных группах обследованных.

Из наших данных следует, что начиная с 30 – летнего возраста ВИЧи – популяции отмечается резкий “скачок” в показателя факторов риска ВИЧа ЭЛ.

Распространенность курении регистрируется в связи возрастом с увеличением на 45,7%, (P<0,001), артериальной гипертонии на 22,8% (P<0,001), избыточной массы тела на 2,5%(P>0,05), избыточного потребления алкоголя на 40% (P<0,01), нерационального питания на 35,2% (P<0,01) и потребление наркотических веществ на 31,5% (P<0,01).

В целом, полученные нами данные указывают на высокую распространенность известных общих факторов риска неинфекционных патологий у популяции ВИЧа ЭЛ. Требуется активное проведение профилактических мероприятий устранения выявленных приоритетных факторов риска, “прицельного” обследования и дифференцированного лечения в обследованных группах высокого риска, контингента популяции ВИЧ - инфицированных.

ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К.
Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан

В современных исследованиях указываются, что синдром бронхиальной обструкции, особенно хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) лишь у каждого четвертого населения диагностируются своевременно, а в 75% случаев имеет место запоздалая диагностика и следовательно, наблюдается несвоевременная и нерационального профилактика. Это приводит к росту пульмонологических “конечных точек”.

Цель исследования – определение путей ранней профилактики ХОБЛ на основе популяционных данных у ВИЧ – позитивного населения (ВИЧп - население).

Материал и методы: одномоментное эпидемиологическое исследование у 507 ВИЧп – населения, скрининговый мониторинг ХОБЛ с применением общепринятых и стандартизованных методов ВОЗ (2014).

Результаты и выводы: скрининг показывает, что на фоне ВИЧ – инфекции ХОБЛ диагностируется с высокой частотой (до 39,1%). В структуре данной патологии преобладает синдром частично необратимой бронхиальной обструкции (25,4%) по сравнению со синдромом полной необратимой обструкции (10,7%), то есть ранняя выявляемость этих двух форм бронхиальной обструкции разняться в 2,2 раза (P<0,01). При сопоставлении отмеченных данных оказалось, что данные формы бронхиальной обструкции у мужчин наблюдается с распространенностью – по 62,1% и 28.4% (P<0,01), а у женщин – по 69,5% и 25,6% (P<0,01). Обращает на себя внимание факт о том, что отдельные формы бронхиальной обструкции среди ВИЧп – мужчин и ВИЧп – женщин отмечается со статистически незначимым отличием (P>0,05).

Нами также было замечено, что ХОБЛ у ВИЧп – населения с возрастом увеличивается в 3,3 раза (P<0,01) – от 25,8% до 67,5%. Существенно высокие показатели распространенности ХОЛБ имелись в возрастных группах 40 – 49 лет (75,4%) и 30 – 39 лет (37,8%). Сравнительно низкие показатели ХОБЛ на фоне ВИЧ – инфекции отмечались в группах обследованных 20 – 29 лет (29,9%) и 30 – 39 лет (37,8%). Процент ВИЧп – населения с частичной необратимой бронхиальной обструкцией увеличивается с 66%
(в 20 – 29 лет) до 67,4% (в 30 – 39 лет); других возрастных группах регистрировалась с частотой – 61,2% (в 60 – 69 лет).

ХОЛБ с полностью необратимой бронхиальной обструкцией в разных возрастных группах также выявлялась со заметными различиями следующим образом: среди ВИЧп – населения в возрасте 20 – 29 лет – 35,8%, в 30 – 39 лет - 26,9%, в 40 – 49 лет – 24,5%, в 50 – 59 лет – 28,5% и 60 – 69 лет – 50%. Как видно, с возрастом ХОБЛ в данной клинической формой диагностируется с разницей в частоте распространенности на 25,5% (P<0,05).

В целом, по нашему мнению, в организации профилактических мероприятий следует учитывать, что у ВИЧп – населения ХОБЛ, во всех клинических её основных вариантах, является с возрастом развивающиеся/прогрессирующийся патологией – от менее выраженных к более выраженным “эпидемиологическим”, клиническим и донозологическим проявлениям.

ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.
Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан

Современные исследователи утверждают, что ВИЧ – инфекция особая, она угрожает существованию самого рола человеческого как биологического вида. Болезнь смертельна и если не удаляется в ближайшие годы найти эффективные средства и методы профилактики этого заболевания, перед человечеством встает реальная угроза вымирания.

Цель исследования - изучение особенностей выявляемости и клинического течения хронических обструктивных болезней легких на фоне Вич - инфекции.

Материалы и методы: 2 - летний скрининг у 507 ВИЧ - инфицированного населения, мониторинг хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) с применением унифицированных и стандартизованных опросных, клинических, инструментальных методов.

Результаты и выводы: на фоне Вич - инфекции ХОБЛ установлена с высокой частотой 39,1%. Обращает на себя внимание факт сравнительно более редкого (в 1,6 раза) выявления у ВИЧ - инфицированных женщин (P<0,05). В отдельных возрастных группах наблюдается со следующими показателями распространённости: в 20 - 29 лет - 25,8% в 30 - 39 лет - 37,8%, в 40 - 49 лет - 75,4% и в 50 - 59 лет - 87,5%. С возрастом распространенность Хобл на фоне ВИЧ - инфекции увеличивается на 61,7%, то есть в 3,4 раза (P<0,01).

Интересным представляется данные о распространенности ХОБЛ на фоне ВИЧ - инфекции в зависимости от степени её тяжести. Мы в ходе нашего исследования провели такого анализа. Было выявлено, что на фоне ВИЧ - инфекции распространенность ХОБЛ, я определен по степени тяжести, я была следующей: ХОБЛ I – й стадии - 3,3%, ХОБЛ
II - й стадии - 8,2%, ХОБЛ – III - й стадии - 1,6% и ХОБЛ IV - й стадии - 11,2%.

Необходимо учитывать и то, что среди ВИЧ инфицированных больных в основном наблюдается тяжелые (16,4%) и крайне тяжелые формы (11,2%) ХОБЛ. С легким течением выявлено лишь в 3,3% случаев, а в 8,2% случаев отмечено ХОБЛ средний тяжелым течением (P<0,001). Очевидно что ХОБЛ IV - й стадии по сравнению с ХОБЛ
I - й стадии, на фоне ВИЧ инфекции встречаются в 3,4 раза большие (P<0,001), а ХОБЛ III - й стадии выявляется с увеличением в 5 раза (P<0,001). Среди популяции ВИЧ - инфицированных ХОБЛ II - й стадии по сравнению с ХОБЛ I - й стадии наблюдается с увеличением в 2,4 раза (P<0,01).

Следовательно, можно будет утверждать, что ВИЧ - инфекция является, несомненно, сравнительно сильным фактором риска развития утяжеление ХОБЛ, что требует пристального эпидемиологического постоянного надзора и активного профилактирования среды ВИЧ - инфицированного населения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ходжамбердиев А.Р., Кодиров Р.И.
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности течения ОИМ молодого возраста, использование антигипертензивной и гиполипидемической терапии на госпитальном этапе у больных молодого возраста.

Материал методы. В нашем исследование были включены 50 больных с клиническим установленным диагнозом острого инфаркта миокарда с АГ в возрасте 28-42 лет (средний возраст 36,2+3,8), находившихся на лечении в отделение кардиореанимации Андижанского филиала РНЦЭМП с 2019г. Все полученные данные были обработаны методом корреляционного анализа по Пирсону.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были мужского пола. В исследование основную часть составило больные с АГ 1 степени (32%) и с АГ 2 степени (36%). Большинство больных (48%) поступили в первые 6 часов с момента после развития болевого синдрома. У 22% больных к развитию ОИМ предшествовала стенокардия. Первичный ОИМ наблюдалось у 78% больных. Из вредных привычек курение непосредственно привело к развитию атеросклероза аорты (КК=0,35; $p<0,04$). По данным ЭХО-кардиографии у 13% больных отмечалось снижение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45%. Атеросклероз аорты было обнаружено у 69% пациентов. До диагностирования острого инфаркта миокарда 78% пациентов не принимали антигипертензивные препараты. Все больные получали стандартную терапию (В-блокаторы, нитраты, статины, АПФ ингибиторы, антикоагулянты антиагреганты). Все указанные пациенты принимали розувастатин (розатин, Apollo Invest, Индия). 48% больных которым применили тромболитическую терапию, осложнений не наблюдалось, 93% больные АГ 1 и 2 степени применили статины и антигипертензивные препараты. Эффективность статинов в снижение смертности и частоты развития сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС давно доказана. Результаты нашего клинического исследований подтвердили безопасность и хорошую переносимость розувастатина. В проведенном нами исследовании только 14% больных до острого инфаркта миокарда и во время него продолжали принимать препараты в дозе 20 мг/сут. В проведенной нами работе было установлено, что эти препараты не принимали именно те больные, которым статины были особенно показаны.

Выводы: Инфаркт миокарда у больных артериальной гипертонией молодого возраста протекает по классическому ангинозному варианту, с частыми осложнениями в виде нарушений ритма, на фоне ремоделированнного миокарда, при этом преобладает QS – инфаркт.

Осложненному течению инфаркта миокарда у пациентов молодого возраста способствуют, многочисленные факторы риска, отсутствие лечения артериальной гипертонии (86%), низкая частота приема статинов (12%).

ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Кодирова Г.И., Юсупов А.Г., Иминов Х.М., Олимов И.О., Бекташев И.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: В последние годы появилась возможность получения целостного представления механики сокращения и расслабления различных зон миокарда при помощи методов оценки деформации миокарда. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является важным диагностическим методом, позволяющим проводить наблюдение за пациентом до и после реваскуляризации. ИБС может проявляться в виде приступов стенокардии, различающихся по продолжительности и тяжести.

Цель исследования. Изучить особенности деформационных свойств миокарда у пациентов с гемодинамически незначимым поражением коронарных артерий (НПКА) с ХСН с сохраненной фракцией выброса (ФВ).

Материал и методы исследования: В группы наблюдения: 1-СтСт+НПКА+ХСН1 (n=30), 2-СтСт+НПКА +ХСН2а (n=30) включены пациенты со стабильной стенокардей (СтСт) с ХСН с сохраненной ФВ без перенесенного инфаркта миокарда, имеющие данные КАГ, с использованием индекса коронарной недостаточности - ИКН, ЭХОКГ, рентгенографии грудной клетки. Проведена оценка продольной

деформации миокарда ЛЖ (GLPS) методом спекл-трекинг на УЗ-аппарате Vivid 7 GE. Критериями исключения – иные заболевания системы кровообращения, дыхательной системы и др коморбидной патологии.

Результаты: Систолическая функция по ФВ была соответственно в группах: 66,73±0,49% и 64,00±1,45 (p>0,05). Обе группы характеризовались практически интактными КА с ИКН=6,77±1,25 и ИКН=6,70±2,65 (p>0,05). Диастолическая дисфункция (ДД) выявлена в СтСт+НПКА+ХСН1 в 56,67% и в 100% в СтСт+НПКА+ХСН2а. Характеризовались соответственно: иVЛП=38,97±1,92 мл/м² и 55,13±0,87 мл/м² (p<0,0001), иММЛЖ=112,33±1,84г/м² и 117,93±0,37г/м² (p<0,05), E/Em=7,32±0,32 и 8,48±0,08 (p<0,001). В группе СтСт+НПКА+ХСН1 изменение GLPS выявлено в 27,69% при ДД I типа и в 100% при ДД II типа. СтСт+НПКА+ХСН1 снижение глобальной продольной деформации миокарда преобладало в базальных сегментах: передне-перегородочном, передне-боковом в 30% и заднем сегменте в 23,33% случаев со средним значением GLPS=-19,02±0,23% и с минимальным значением по сегментам -16,73±0,46%. В группе СтСт+НПКА+ХСН2а в 100% встречалась ДД Iтипа, где снижение GLPS наблюдалось в 80% со средним значением -17,83±0,26% и с минимальным значением по базальным сегментам -16,27±0,38% и по средним сегментам -15,23±0,52%. СтСт+НПКА+ХСН2а характеризовалась равномерным изменением продольной деформации в средних сегментах с достоверным отличием от СтСт+НПКА+ХСН1 (p<0,05).

Заключение: Признаки изменений деформационных свойств миокарда, выявленные у пациентов с малоизмененными КА, можно рассматривать как предикторы прогрессирования хронической сердечной недостаточности в условиях сохраненной сократительной способности.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Кодирова Г.И., Хайдарова Н.Б., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М., Уктамов Н.Т., Бекташев И.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Актуальность работы определяется возрастающей частотой и неблагоприятным прогнозом инфаркта миокарда (ИМ) у женщин. Смертность больных женского пола в течение первого года после острых коронарных событий, завершившихся развитием некроза миокарда, в 1,5 раза превышает смертность мужчин и оставляет около 30%.

Цель исследования: Изучение течения и гормонального статуса у женщин среднего возраста с инфарктом миокарда.

Материал и методы. Проведенное исследование является открытым проспективным одногодичным наблюдением больных ИМ женского пола. Исследование проведено в период 2008-2010 годов. Больные обследованы в условиях специализированного кардиологического отделения. В исследование были включены 56 женщин, перенесших ИМ, в возрасте от 45 до 60 лет. Под наблюдением на стационарном этапе находились 56 женщин до 60 лет.

Критерии включения: женский пол; верифицированный инфаркт миокарда (ИМ): достоверный подъем сегмента ST, наличие зубца Q или диагностический уровень тропонинов при госпитализации; возраст до 60 лет.

Диагноз ИМ выставляли на основании комплексного клинико-инструментального и лабораторного исследования по критериям. Стандартизация медикаментозной терапии проведена согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и ВНОК.

Результаты и обсуждения. Среди женщин до 60 лет при Q-ИМ передняя локализация встречалась в 54,0% (27), нижний ИМ - в 46,0% (23). При ИМ без зубца Q передняя локализация отмечена в 41,2% (32), нижний ИМ - в 57, 9% (44). Отмечена тенденция к увеличению частоты повторных ИМ в группе женщин старше 60 лет, чем до 60 лет, соответственно с 8,0 до 25,0%. Статистически значимых различий уровня сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE между группами женщин среднего и пожилого возрастало данным амбулаторных карт до развития ИМ не было выявлено. По шкале GRACE для 6-месячного прогноза при Q-ИМ у женщин среднего возраста низкий риск выявлен в 47,2% (17), средний в 36,1% (13), высокий в 16,7% (6); у женщин пожилого возраста соответственно в 13,6 % (3), 50,0% (11) и 36,4% (8). При ИМ без Q у женщин среднего возраста низкий риск выявлен в 21,4% (3), средний 57,2% (8), высокий в 21,4 % (3); женщин пожилого возраста соответственно в 18,5% (10), средний в 35,2% (19), высокий в 46,3% (25). Следует отметить, что больные с высоким риском, которым были проведены коронарные вмешательства, из исследования исключены. При анализе осложнений раннего постинфарктного периода установлено, что при ИМ у женщин среднего и пожилого возраста достоверных различий по ОСН I, II, III, IV класса тяжести не установлено, отмечено увеличение ОСН III в группе старше 60 лет ИМ.

Выводы. В среднем возрасте у женщин в 62% развивается Q-инфаркт миокарда, в 38% - инфаркт миокарда без зубца Q. Эксцентрическое ремоделирование сердца развивается у женщин среднего возраста после инфаркта миокарда передней локализации, при этом увеличение левых камер сердца, снижение систолической и нарушение диастолической функции сердца более выражены у женщин пожилого возраста,

чем в среднем возрасте. Через год после Q-инфаркта миокарда ХСН ФК III развивается в 31,8% у женщин пожилого возраста, в 2,8% - у женщин среднего возраста. Раннее применение ингибиторов АПФ достоверно повышает клиническую эффективность лечения инфаркта миокарда у женщин среднего возраста: достоверно возрастает ФВдж, уменьшается индекс нарушения локальной сократимости левого желудочка, увеличивается толерантность к физической нагрузке.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЬЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Косимов 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, коллизионные 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, закрепления 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 открыт 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 – П тип**).** При отсутствии достаточного переднего смещения нижней челюсти суставная головка при максимальном открывания рта на скате суставного бугорка, а не у его вершины (выполняет упражнения для усиления выдвижения 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 и в и п. 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 лечениям.

KARDIYAL ARITMIYA VA UNING XUSUSIYATLARINI STATSIONAR TAHLIL QILISH

Qosimova N.J.
Ichki kasalliklar propedivtikasi kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Dori vositalarining ma'lum bo'lgan aritmogen ta'sirlari, giyohvandlik zaharlanishi, gipoksiya, gipoksemiya (har qanday genezisning qon aylanishining etishmovchiligi, surunkali kor pulmonale, turli xil etiologiyalar anemiyasi), gipo- va gipertermiya, ionlashtiruvchi nurlanish, mexanik ta'sirlar (travma, tebranish). buzilishlar va o'tkazuvchanlik [3, 4].

Tadqiqot maqsadi. Statsionar terapevtik bemorlarda jinsi va yashash joyiga qarab yurak ritmining buzilishi va o'tkazuvchanlik buzilishlarining chastotasi va tuzilishini o'rganish, shuningdek, yurak ritmi buzilishi paydo bo'lgan kasalliklarni tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot uchun material 6 oy davomida Andijon tibbiyot instituti klinikasining to'rtta terapevtik bo'limiga yotqizilgan bemorlar edi. Biz asosiy kasallikni aniqlash uchun umumiy qabul qilingan usullardan, shuningdek EKGni yurak ritmining buzilishini aniqlashning asosiy usuli sifatida qo'lladik.

Tadqiqot natijalari. HPC foniga ega bo'lgan kasalliklar tahlil qilindi. Biz ko'rib chiqqan bemorlarning guruhlari orasida HPC ko'pincha koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlarda turli xil ko'rinishlari bilan (barqaror, beqaror stenokardiya pektorisi, miokard infarkti, postinfarkt kardioskleroz, yurak etishmovchiligi bilan) - 29,4% (113 kishi): Erkaklarning 58,1% va ayollarning 41,9% (P <0,05). Yurak ishemik kasalligining aritmik shakli 27,6% (106 kishi), ko'pincha ayollarda - 53,2% aniqlandi. Yurak nuqsoni bo'lgan bemorlarda LDK - 14,1% (54 kishi), erkaklarda 62,5% (P <0,05) ko'proq uchraydi. Kardiyomiyopatiyalar HPC tomonidan 12.0% (46 kishi), shuningdek erkaklarda 60.4% (P <0.05) da murakkablashdi. gipertenziv bemorlarda HPC 8,8% (34 kishi) da topilgan. Tirotoksikoz mavjud bo'lganda, 4,2% hollarda (16 bemor) aritmiyalar aniqlandi, erkaklar va ayollar o'rtasidagi farqlar ahamiyatsiz, jigarning alkogol shikastlanishi 3,9% (15 bemor), barcha holatlarda erkaklar bor edi.

Biz spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilgan 18 bemorni tahlil qildik. Ulardan toksik (alkogolli) etiologiya jigar sirrozi 22,2% (4 kishi), 33,3% (6 kishi) aralash (virusli va alkogolli) tabiatdagi jigar sirrozi, toksik (surunkali) faol gepatit (alkogolli) etiologiya 22,2% (4 kishi), virusli toksik etiologiyaning surunkali faol gepatiti 16,7% (3 kishi), alkogolli kardiyomiyopatiya 5,6% (1 kishi). 83,3% (15 bemor) da turli xil yurak ritmining buzilishi aniqlandi: 6,7% (1 bemor) da atriyal fibrilatsiya, 6,7% (1 kasal) da sinus bradikardiyasi, 26,6% (4 ta bemor) da sinusli taxaritmiya.), atriyal bevaqt urishlar 26,7% (4 kasal), qorincha bevaqt urish 33,3% (5 bemor) da sodir bo'lgan.

Xulosa. Shuni esda tutish kerakki, aritmiya xavfi bemorning hayoti uchun ko'pincha uning turi bilan emas, balki "fon" kasalligi va miyokardning funktsional holati (yurak bo'shliqlarining kengayishi, miokard kontraktiliyasining pasayishi, postinfarkt borligi) bilan belgilanadi. cicatricial o'zgarishlar, anevrizmalar, yurak qopqog'ining shikastlanishi va boshqalar). Shuning uchun antiaritmik preparatni qo'llash maqsadga muvofiqligi va uni tanlash Klinisyen uchun juda qiyin vazifadir. "Ideal" antiaritmik vosita yo'q, shuning uchun daliliy tibbiyotga asoslanib, preparatning TAJRIBASIGA asosiy farmakodinamik ta'sirini hisobga olish kerak.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ

Красненкова М.Б.
Ташкентская медицинская академия

Сегодня успехи реаниматологии помогают врачам выводить пациентов из большинства критических состояний и их осложнений. Однако летальность в ОРИТ все еще сохраняется на высоком уровне. Одной из главных причин данного дисбаланса являются осложнения от проведения самой интенсивной терапии. Осложнения, возникающие в процессе проведения интенсивной терапии, приводят к прогрессированию основного заболевания и ухудшают исходы у пациентов, находящихся в критическом состоянии.

В процессе проведения интенсивной терапии у больных, находящихся в критическом состоянии, возможно развитие следующих осложнений: внутрибольничные инфекции (например, катетер-ассоциированные инфекции кровотока и мочевыводящих путей, ВАП и т.д.); венозная тромбоэмболия; кровотечения, связанные с острыми стрессовыми язвами желудка; пролежни; мышечная слабость, связанная с длительным горизонтальным положением.

В большинстве стран, наряду с профилактическими мероприятиями, принято использовать различные контрольные списки для предупреждения осложнений в ОРИТ. Эффективность такого подхода доказана снижением количества осложнений и показателей госпитальной летальности.

Цель нашего исследования: оценить эффективность включения «Контрольного списка для ежедневного проведения наиболее эффективных профилактических мероприятий» в рутинную практику ОРИТ для профилактики осложнений.

Материал и методы исследования: В течение 6 месяцев у всех пациентов, находящихся на ИВЛ в ОРИТ, наряду со стандартными профилактическими мероприятиями, ежедневно отмечались контрольные списки (см. Таблицу). В качестве контрольной группы были взяты ретроспективные данные о пациентах, находящихся на ИВЛ в аналогичный период прошлого года.

Таблица. Контрольный список для ежедневного проведения наиболее эффективных профилактических мероприятий

• Проводится ли ежедневно прерывание седации? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему.	• Целевой уровень седации на текущий день.

• Проводится ли SBT-тест? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему.....	• Проводится ли оценка повреждения кожных покровов? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему.....
• Проводится ли энтеральное питание? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему.....	• Принимаются ли меры профилактики язвы желудка? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему.....
• Проводится ли профилактика тромбоза глубоких вен? ❑ Да ❑ В данном случае это не требуется: укажите почему..	• Используются ли антибиотики? ❑ Да (день ..... из.....) ❑ Нет
• Требуется ли установка артериального катетера? ❑ Да ❑ Нет	• Требуется ли установка центрального венозного катетера? ❑ Да ❑ Нет

Результаты исследования: За данный период на ИВЛ находилось 32 пациента в возрасте от 36 до 75 лет. Длительность ИВЛ в среднем 6,3±2,5 суток. Длительность нахождения в ОРИТ составила 10,5±4,3 суток. В контрольной группе (34 пациента) ИВЛ проводилась в среднем 8,3±2,3 суток. Летальность в группе контроля также была несколько выше.

Количество осложнений при проведении интенсивной терапии существенно снизилось в основной группе: ВАП на 5%, пролежни на 10%, тромбозы периферических вен на 12%. При сравнении с данными контрольной группы мы отметили также снижение длительности ИВЛ на 8% и, соответственно, длительности госпитализации в ОРИТ на 10%.

Выводы: Внедрение в рутинную практику ОРИТ простых в использовании контрольных списков эффективно помогает предотвратить развитие осложнений интенсивной терапии у пациентов, находящихся на ИВЛ.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДОЗИРОВАННОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кудаев М.Т., Шамилова С.Г., Магомедов А.З., Османова А.В., Ахмедова Д.А., Атаева. З.Н., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А., Бейбалаева А.М., Эзиляева М.Р.
Дагестанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Частота хронической сердечной недостаточности (ХСН), обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС), по сводным данным многоцентровых исследований, составила около 95%. В экспериментальных работах установлено, что адаптация к гипоксии обладает прямым кардиозащитным эффектом, который реализуется как за счет антиишемической защиты (развитие коллатералей), так и за счет прямого цитопротективного действия. Все это приводит к тому, что ожидаемая зона инфаркта миокарда и масса соединительно-тканного рубца при постинфарктном кардиосклерозе становятся меньше, а сократительная функция сердца лучше, чем в контроле. Исследователи установили, что при адаптации к периодическому действию гипоксии наблюдаются выраженное увеличение силы и скорости сокращения сердечной мышцы, повышение мощности адренергической регуляции сердца. В последние годы оказалось, что такая адаптация в эксперименте и клинике способна тормозить развитие недостаточности миокарда за счет того, что в клетках сократительных элементов миокарда развиваются изменения, свидетельствующие об усилении в них обменных процессов – активация синтеза нуклеиновых кислот и белков. Усиленный метаболизм сопровождается активацией синтетического аппарата миокардиоцитов и развитием гиперпластических процессов в структурах, обеспечивающих сократительную функцию. Кроме того, в эксперименте были получены данные, свидетельствующие о благоприятном действии высотной гипоксии на центральную гемодинамику и коронарное кровообращение.

По мнению исследователей ХСН является полигенным заболеванием и обусловлена комплексом взаимосвязанных гемодинамических, метаболических и нейрогуморальных нарушений. В этой связи, настойчивый поиск новых средств и их комбинаций, обладающих полипатогенетическим действием, в последние годы привел к росту интереса к изучению немедикаментозных методов лечения этой категории больных.

В плане изыскания эффективного и физиологичного способа лечения больных ХСН в дополнение к медикаментозным средствам лечения, особый интерес представляет метод прерывистой нормобарической гипокситерапии (ГТ), предложенный Р.Б. Стрелковым и А.Я. Чижовым. Метод заключается в использовании для прерывистой гипоксической тренировки газовой смеси, содержащей от 14 до 9,5% кислорода.

Цель исследования: оценка лечебных эффектов ГТ на у больных ХСН, обусловленной ИБС.

Материалы и методы исследования: исследование проведено у 180 пациентов, страдающих ХСН II – III функционального класса (ф/к), обусловленной ИБС (классификация ХСН NYHA, 1963 г.). Отбор пациентов был проведен в соответствии с требованиями этического комитета. Возраст больных колебался от 40 до 70 лет; 38 женщин и 142 мужчин. Время от появления первых симптомом ХСН составило 3,5±1,2 года. Контрольная группа - 100 больных ИБС, ХСН II-III ф/к. 68 мужчин и 32 женщины, соответствующих по возрасту и тяжести заболевания, получавших только традиционное медикаментозное лечение ХСН. Для оценки влияния ГТ на толерантность к физической нагрузке больным проводилась проба с 6 минутной ходьбой, для оценки устойчивости к гипоксии – проба с задержкой дыхания Штанге. Исследования проводились до курса ГТ и после окончания лечения. Курс лечения состоял из 10 процедур, каждая из которых заключалась в дыхании гипоксической смесью по 5 минут, затем 5 минут дыхание атмосферным воздухом, всего на процедуру 6 повторов (30 минут).

Результаты исследования: результаты исследования продемонстрировали увеличение толерантности к физической нагрузке. По результатам пробы с 6 минутной ходьбой у больных ХСН II-III ф/к, прошедших курс ГТ наблюдалось увеличение пройденного расстояния на 45,7% с 307,6±43,5 до 448,3±51,2 метра, 18% пациентов были переведены из III ф/к во II. Кроме того, были получены данные, свидетельствующие о благоприятном действии ГТ на состояние кардиореспираторной системы - показатель устойчивости к гипоксии Штанге повысился на 63,6% с 26,4±5,9 до 43,2±5,8 секунд. В контрольной группе, получавшей только медикаментозное лечение также наблюдалось толерантности к физической нагрузке, однако степень изменения изучаемых параметров была менее выраженной и недостоверной.

Выводы: 1. Метод ГТ увеличивает устойчивость к гипоксии у больных ХСН и увеличивает толерантность к физической нагрузке.

2. Метод ГТ может быть использован в качестве дополнения к стандартной медикаментозной терапии ХСН.

НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Курбанова Д.И.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Шизофрения является хроническим рецидивирующим расстройством психотического уровня, существенно ухудшающим социальную и профессиональную деятельность пациентов и сокращает продолжительность жизни на 15-25 лет. Лечение включает в себя различные медикаментозные средства в сочетании с широким спектром психосоциальных интервенций.

В целом такая терапия направлена на снижение частоты и тяжести обострений психотических проявлений (рецидивов), на редукцию широкого спектра симптомов заболевания, улучшение функционирования пациентов и повышение их качества жизни.

Стандартное лечение таких пациентов в предшествующие 50-70 лет до появления и широкого распространения антипсихотических препаратов заключалось в обеспечении им безопасной и благоприятной среды в больницах для длительного их проживания.

Появление в 50-х годах XX века первого антипсихотического препарата хлорпромазина (аминазина) явилось революцией в психофармакотерапии шизофрении, при том, что и до настоящего момента эта группа медикаментов остается основным средством для лечения болезни.

Цель исследования. Рассмотреть ситуацию применения нейролептиков как основных фармакологических средств для лечения шизофрении как хронического психического заболевания, представленного рядом позитивных, негативных, когнитивных и аффективных симптомов, приводящих в итоге к дезорганизации психической деятельности и психической дезадаптации пациентов.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания мы отобрали 65 больных шизофренией и изучили механизм действия на них различных современных нейролептиков.

Результаты исследования. Тем не менее, результаты современных крупномасштабных исследований (например, ClinicalA ntipsychotic Trialsof Intervention Effectiveness, CATIE) , при котором проводилось сравнение одного из АП первого поколения (Перфеназина) с четырьмя препаратами второго поколения (Оланзапин, Кветиапин, Рисперидон и Зипрасидон), свидетельствуют, что атипичные антипсихотические препараты могут быть не более эффективными, чем типичные. Они не показывают при этом лучших результатов в плане восстановления когнитивной функции и социального функционирования.

Следует отметить, что в этом исследовании представлены данные обследования, получавших Перфеназин пациентов, с клинически значимым ЭПС в анамнезе, то есть результаты исследования действия этого препарата действительны только для пациентов с низким риском развития ЭПС.

В рамках Европейского эмпирического исследования первого эпизода шизофрении (EUFEST) проведено и выполненно открытое сравнительное изучение эффективности галоперидола, амисульприда, оланзапина, кветиапина и зипразидона у пациентов с первым эпизодом шизофрении, показавшее наличие значительных различий между двумя поколениями антипсихотических препаратов.

Сравнительные исследования эффективности применяемых в настоящее время антипсихотических препаратов в настоящее время продолжаются. В частности, в одной из публикаций кратко представлены актуальные данные об их сравнительной эффективности, описаны побочные эффекты и результаты лечения.

Выводы. Несмотря на наблюдаемые на протяжении последних двух десятилетий изменения, вызванные прогрессом фармакологических и психосоциальных методов лечения шизофрении, по-прежнему, наблюдается лишь небольшое улучшение жизни пациентов.

Существующие методы лечения оказались эффективными лишь частично, что связано, в том числе, и с многочисленными побочными эффектами. Пока ограничения существующего терапевтического арсенала очевидны, понятно и то, что процедура лечения наиболее часто далека от достижения наилучших результатов.

Трудность трансформации имеющихся научно-обоснованных фармакологических и психосоциальных методов лечения в целях обеспечения лучшего исхода лечения объясняет значительное изменение медицинской практики и результатов в различных системах здравоохранения.

КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ВЫБОРЕ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

Курбанова Д.И.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и 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 на две большие группы: 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.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания мы отобрали 65 больных шизофренией и изучили механизм действия на них различных современных нейролептиков.

Результаты исследования. Приведены данные об отсутствии существенных различий в эффективности антипсихотических препаратов в отношении позитивных симптомов и симптомов психической дезорганизации, за исключением преимущества клозапина при лечении резистентных случаев.

Показано, что эффективность терапии с точки зрения терапии негативных, депрессивных и когнитивных симптомов определяется в зависимости от того, в какой степени редукция позитивных симптомов (бреда и галлюцинации) способствует улучшению вторичных симптомов заболевания. На это влияет также то, 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 антихолинэргической терапии, имеют большие терапевтические преимущества.

Выводы. Рассмотрено, что, несмотря на общую схожесть в эффективности, все нейролептики существенно отличаются по частоте и интенсивности побочных эффектов.

Существует мнение, что нейролептики второго поколения (так называемые атипичные нейролептики), как правило, считаются 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 комплайенности и приверженности предписанного лечения, и, особенно, профиле побочных эффектов различных антипсихотиков.

ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИТОЗАНА И МАТЕРИАЛОВ НА ЕГО ОСНОВЕ

Кутликова Г.М.
Кафедра ВОП 2
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Многие исследователи называют хитозан веществом двадцать первого века. И это не случайно, ведь его изучением занимаются в более чем 15 странах, уже известно более 70 направлений его практического применения, а также его производных.

Наиболее важными отраслями применения хитозана считаются биотехнология и экология, пищевая промышленность, медицина, косметика, сельское хозяйство и ветеринария. Известно, что хитозан имеет некоторые преимущества по сравнению с хитином, так как некоторые его производные растворимы в воде.

В течение многих тысячелетий для придания мясного вкуса продуктам питания использовались грибы, содержащие хитин. Когда микрокристаллический хитин нагревается до температур кулинарной обработки, он образует вещества, формирующие вкус поджаренной пищи и аромат многих пищевых продуктов.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в поиске водорастворимых компонентов, которые были бы совместимы с белком мяса, и уменьшал бы его порчу. Хитозан способен интенсифицировать вкус и запах продуктов.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 250 пациентов с атеросклерозом в 2019-2021 годах, которые использовали препарат Хитозана в лечении.

Результаты исследования.В результате получены новые материалы на основе биополимера хитозана, синтез которых осложнен или невозможен с применением жидкофазных растворных и расплавных технологий.

Установлено, что совместное пластическое деформирование исследованных твердых смесей, содержащих хитозан и органические реагенты, при температурах ниже их температур размягчения или плавления, преимущественно в диапазоне 0.5-Ю.7 Гпл (°С), приводит к диспергированию компонентов смеси на сегментально-молекулярном уровне и сопровождается их взаимодействием с образованием водородных, ионных и ковалентных связей.

Преодоление диффузионных ограничений за счет приложенного механического воздействия в выбранных условиях проведения процессов приводит к высокой степени конверсии функциональных групп реагентов. Это показано на примере многих пар реагентов - хитина со щелочью, хитозана с карбоновыми кислотами, лактидом, трипсином и др., и согласуется с существующими представлениями в области теории механохимического синтеза о предпочтительности низких температур для эффективного протекания твердофазных химических реакций.

Показано, что условия проведения процессов: давление, величина приложенной сдвиговой деформации (время обработки), температура и соотношение компонентов оказывают существенное влияние на степень конверсии функциональных групп реагентов и подбираются индивидуально для каждой реакционной системы в зависимости от ее механических свойств. Степень полезного использования низкомолекулярных реагентов и степень прививки цепей синтетических полимеров максимальны при массовом содержании полисахарида в интервале 40-60%.

Определены условия деформирования твердых смесей хитозана с низкомолекулярными реагентами, приводящие к образованию ацилпроизводных хитозана с высоким выходом. Рассмотрено влияние степени ацилирования на растворимость хитозана в водной среде, определены физико-механические и сорбционные характеристики пленочных и губчатых макропористых материалов из ацилированных и солевых форм хитозана в зависимости от введенного противоиона или заместителя.

Установлено, что степень превращения реагентов и направление реакции при твердофазном синтезе зависят от химической активности функциональных групп реагентов в выбранных условиях реакции. Так, реакции ацилирования хитозана протекают преимущественно по аминогруппам, а не по гидроксильным группам полимера. При этом в отсутствие катализа согласуясь с различием в их нуклеофильности.

Вывод. Изучение структуры хитозана и его производных показало высокую химическую однородность продуктов твердофазных реакций. При этом время и температура, необходимые для получения продуктов с высоким выходом, при воздействии давления и сдвига существенно меньше, чем в соответствующих жидкофазных процессах.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИТОЗАНА ПРИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кутликова Г.М.
Кафедра ВОП 2
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране, от которой общество несет значительные людские потери и экономический ущерб.

По данным ВОЗ, сердечно - сосудистые заболевания составляют 49% причин всех смертей населения Европейского региона.

Актуальность социально-гигиенических исследований ишемической болезни сердца (ИБС) определяется высоким уровнем ее распространенности, смертности, временной утратой трудоспособности и инвалидности, вследствие чего общество несет большие экономические потери.

Следует отметить, что на учете в лечебно-профилактических учреждениях по поводу артериальной гипертензии состоит 4% больных, в то время как выявляемость данной патологии по данным скрининговых исследований составляет около 40%.

Цель исследования.Оценить эффективность препарата Хитозан в его устранении при атеросклерозе и сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 250 пациентов с атеросклерозом и сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2019-2021 годах, которые использовали в своем лечении препарат Хитозан.

Результаты исследования.В результате получены новые материалы на основе биополимера хитозана, синтез которых осложнен или невозможен с применением жидкофазных растворных и расплавных технологий.

Установлено, что совместное пластическое деформирование исследованных твердых смесей, содержащих хитозан и органические реагенты, при температурах ниже их температур размягчения или плавления, преимущественно в диапазоне 0.5-Ю.7 Гпл (°С), приводит к диспергированию компонентов смеси на сегментально-молекулярном уровне и сопровождается их взаимодействием с образованием водородных, ионных и ковалентных связей.

Хитозан – продукт деацетилирования полисахарида хитина. Интерес к нему связан с уникальными физиологическими и экологическими свойствами, такими как биосовместимость, биодеструкция, физиологическая активность при отсутствии токсичности, доступность сырьевых источников.

Хитозан имеет способность выполнять функции иммуномодулятора, носителя лекарственных средств, проникать в межклеточное вещество. Известно, что золото - индифферентный, нетоксичный металл, не оказывает повреждающего действия на структуру компонентов клеток. Наночастицы золота имеют способность проникать в кровь при пероральном применении и оказывать антиоксидантное действие.

Можно полагать, что антиоксидантные свойства нанокомплекса «хитозан-золото» будут выше, чем у каждого компонента в отдельности. Система крови является интегративной системой, наиболее полно отражающей состояние и характер метаболизма всего организма. Она играет решающую роль в развитии специфических и неспецифических реакций защиты организма. Кровь доступна легко для динамического и комплексного анализа.

В качестве основных индикаторных показателей типа адаптационных реакций используют лейкоцитарную формулу и лейкоцитарный коэффициент (отношение между процентным содержанием лимфоцитов и сегментоядерных нейтрофилов). Данные параметры гомеостаза крови достаточно полно отражают состояние важнейших физиологических систем и используются в качестве критериев адаптационных реакций организма.

В настоящее время имеются лишь немногочисленные исследования, посвященные изучению адаптогенных эффектов многокомпонентной наноструктурированной системы «хитозан-золото-пчелиный яд» в условиях действия экстремальных факторов среды.

Вместе с тем, сравнительного изучения адаптогенных свойств составляющих нанокомплекса (за исключением пчелиного яда) на систему крови экспериментальных животных в условиях действия повреждающих факторов среды не проводилось, что предполагает актуальность этой проблемы.

Выводы. Полученные результаты позволяют считать, что экспериментальное атерогенное воспаление в магистральных артериях, морфологически проявляется в формировании типичной липидной («мягкой») бляшки, покрытой фиброзной оболочкой и приводящей к уменьшению диаметра просвета сосуда. В толще бляшки развиваются межуточный отек, пролиферация субинтимально и в медии гладких миоцитов возникают скопления ксантомных клеток. Эти изменения на 110-е сутки холестериновой диеты соответствуют стадии липоидоза и не противоречат ранее опубликованным данным.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЬЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Қосимов.И.У., Бутабоев.М.Т.,
АндГосМИ г. Андижан

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 нижной челюсти. Это подвижный орган, связанный с проприорецепрами 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, коллизионные 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, закрепления результатов ортопедической перестройки прикуса.

Упражнения для устранения бокового смещания нижной челюсти. Больной стоя перед зеркалом контролирует среднюю линию нижней челюсти. Кончик языка плотно прижат к верхним боковым зубам, медленно открыт рот без отклонения нижней челюсти, закрыть – 8 – 10 раз. Амплитуду открывания рта изо дня в день необходимо увеличивать.

Упражнения при смещании нижней челюсти назад (дистальное смещение – П тип**).** При отсутствии достаточного переднего смещания нижней челюсти суставная головка при максимальном открывания ртана скате суставного бугорка, а не у его вершины (выполняет упражнения для усиления выдвижения 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 смещаний. 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 и в и п. лёжа на спине с помощью медперсонала. Врач удерживает голову больного левой рукой, а правой факсирует 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 лечениям.

МАССАЖ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

К.Ю.Латипова
Андижанский государственный медицинский институт

Научно обоснованные данные о массаже при ишемической болезни сердца и инфаркте миокарда показывают, что массаж при этих заболеваниях почти не применяли, объясняя это тем, что в результате него могут появиться отрицательные изменения свертывающей и антисвертывающей системы крови, а это усугубляет течение ИБС и инфаркта миокарда. Указанные воззрения базировались на эмпирических умозаключениях; специальных исследований для подтверждения или отрицания этого положения не проводились. В тоже время специальные наблюдения при использовании массажа у больных ИБС и инфаркта миокарда показали возможность и целенаправленность его назначения.

Основными целями массажа у больных ИБС , в том числе перенёсших инфаркт миокарда, являющаяся улучшением кровo и лимфообращения в тканях и органах грудной клетки, в частности, улучшение коронарного кровообращения, а следовательно, питания сердечной мышцы, усиление её сократительной способности и экономизация работы сердца, улучшение нарушенных процессов обмена как в миокарде, так и во всем организме, устранение или уменьшение рефлекторных изменений в тканях,

иннервируемых сегментами спинного мозга C(III)-C(IV) и D(I)-D(XIII), являющимися рефлекторными зонами сердца. Кроме этого массаж направлен на улучшение психоэмоционального состояния, а также на общее оздоровление организма.

Исходя из вышеуказанных данных, нами был проведен массаж ног по «отсасывающей» методике у больных в острой фаеы инфаркта миокарда в период на строгом постельном режиме и в фазе постконволеценции в расширенном постельном режиме.

Больным в острой фазе инфаркта миокарда с первых дней заболевания назначали массаж ног по«отсасывающей» методике, а спустя 16-20 дней добавляли массаж спины.

Приемы массажа при первых 3-4 процедур проводились щадящими, воздействуя плавными темпами.

В фазе постконволеценции больным, перенесшим инфаркт миокарда с гиподинамическим типом кровообращения, проводили щадящий массаж спины и сердца путём поглаживания, растирания и легкое разминание, используя приемы классической и сегментарной методики. При этом кроме седативного оказывает тренирующее влияние как на центральное, так и на периферическое звено систем кровообращения. Воздействие на обширное рецепторное поле активирует экстракардиальные факторы кровообращения.

Полученные результаты свидетельствуют о благоприятном влиянии массажа ног по отсасывающей методике у больных в острой фазе инфаркта миокарда с первых дней заболевания. Механизм действия массажа можно объяснить его положительным воздействием на напсихо-эмоциональные сферы человека, мобилизуются и увеличиваются коронарные и миокардиальные, улучшается микроциркуляция и общая гемодинамика.

В связи с этим можно заключить, что адаптогены при подготовительном массаж ног по«отсасывающей» методике у больных острой формой инфаркта миокарда создаёт благоприятное условие для последующего применения более интенсивных тренировочных физических нагрузок.

ЎПКА СИЛИ ВА УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗ КОМОРБИД ҲОЛАТИДА ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ УСУЛИ

Мавлянов И.К., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К.

Фтизиатрия ва пульмонология, микробиология, иммунология ва вирусология кафедраси

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Сил инфекцияли беморларда кандидозни ривожланиши организмнинг иммунологик реактивлигини бузилиши, кенг таъсир доирага эга бир неча антибиотикларни бир вақтни ўзида узоқ вақт қўллаш натижасида юзага келган микробиоценозни ўзгариши, модда алмашинувини бузилиши, сил жараёнини авж олиши билан боғлиқдир. Айни вақтда кандидоз инфекциясини қўшилиши силни кечишини оғирлаштиради, бу эса тана хароратини юқори даражада – 38-40°С гача кўтарилиши, йўтални кучайиши, балғамда қонни пайдо бўлиши, умумий холатни ёмонлашиши билан намоён бўлади.

Изланиш мақсади. ўпка сили мавжуд беморларда урогенитал кандидозни замонавий ташхислаш усулини ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Клиник текширувлар АДТИ фтизиатрия кафедраси ходимлари томонидан вилоят фтизиатрия диспансерларида 2015-2017 йилларда ўпка сили ташхиси билан даволанган 20 дан 50 ёшгача бўлган 105 та аёлда олиб борилди. Таққослов гурухи 20 та соғлом аёлдан иборат бўлди.

Текширув натижалари. Ўпка сили мавжуд беморларда урогенитал кандидозни самарали патогенетик даволаш учун уни тўғри ташхислаш катта аҳамиятга эга. Микробиологик текширишлар ўпка сили билан оғриган беморларда иккиламчи кандидозни ривожланиш механизмининг баъзи мезонларини аниқлашга имкон берди. Тавсия этилаётган замонавий ва тўғри ташхислаш усуллари усули ўпка сили бор беморларда урогенитал кандидозни даволаш самарасини оширишга, хамда махсус силга қарши даволаш олиб боришда микотик асоратларни олдини олишга имкон беради.

Хулоса: Шундай қилиб, узоқ муддатли антибактериал даволаш учун ушбу касалликни тўғри ташхислаш аввало ўпка силининг турли шакллари кўпинча турли локализациядаги, айниқса урогенитал трактдаги иккиламчи кандидозини самарали даволашни, қолаверса, кандидоз билан асоратланишини олдини олади.

Ўткир ва сурункали урогенитал кандидознинг замонавий ва тўғри ташхисоти, бу эса унга мос тарзда даволаш муолажаларини самаралилигини оширади.

Ўпка сили мавжуд аёлларда урогенитал кандидозни замонавий ташхислаш усулини АДТИ 4 – 5 – 6 курс педиатрия ва даволаш факультети талабаларига мавзуни осон ўзлаштиришлари учун, педагогик технологиянинг замонавий усулларига таянган ҳолда махсус дастурлар ишлаб чиқилди ва у амалда фойдаланилмоқда.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мадаминова М.Ш.
Кафедра «Госпитальной и поликлинической педиатрии»
Ташкентская Медицинская Академия Ургенчский филиал

Актуальность. В настоящее время широко обсуждается феномен ускоренного атерогенеза при ревматоидном артрите, который объясняют активностью аутоиммунного воспаления.

Целью нашей работы явилось изучение частоты развития сердечно-сосудистых заболеваний у больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

Материалы и методы. Нами были обследованы 20 пациентов в возрасте 3-16 лет: 7 девочек и 13 мальчиков, лечившихся в кардиоревматологическом отделении ОМПДМЦ. Средняя длительность заболевания составила 4 года. Помимо стандартного клинико-лабораторного обследования, рассчитывался показатель активности заболевания с учетом числа болезненных и припухших суставов, выраженности болевого синдрома по визуально аналоговой шкале. ЮРА в виде моноартрита протекал у 4 больных, олигоартрита – у 6, полиартрита – у 10. У 5 человек диагностирована анемия легкой степени тяжести. У 10 пациентов активность заболевания была низкой степени, у других 10 человек – средней. По данным ЭКГ у 5 больных зарегистрирована синусовая тахикардия, у 2 – синусовая брадикардия, у 2 – блокада правой ножки пучка Гиса, у 1 больного –WPW синдром. По данным эхокардиографии у 6 (30%) человек обнаружен пролапс митрального клапана, у 4 (20%) – пролапс трикуспидального клапана, у 4 (20%) – их сочетание. В биохимических анализах крови показатели липидного обмена были в норме. При анализе историй болезней данной группы пациентов нами не было обнаружено ни одного случая упоминания о развитии какой-либо значимой сердечно-сосудистой патологии.

Таким образом, несмотря на длительное течение ЮРА как с низкой, так и со средней активностью, случаев развития ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и их осложнений выявлено не было.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА РИНОСИНУСИТА

Мадаминова Н.Э., Улмаосов А.О., Тухтасинов Н.Н.
Кафедрой оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на многочисленные сообщения о взаимосвязи патологии верхних дыхательных путей и бронхиальной астмы, освещение нюансов сочетания ХОБЛ и риносинусита в медицинской литературе началось сравнительно недавно [6].

Таким образом, распространенность воспалительной патологии слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух носа у пациентов с ХОБЛ практически не изучена; В литературе отсутствуют сведения о рентгенологическом обследовании придаточных пазух носа у пациентов с обострением ХОБЛ [1,7]. Это удивительно, учитывая, что в основе патогенеза хронического риносинусита и ХОБЛ лежит феномен так называемого «порочного» круга - цепи последовательных, тесно связанных структурных изменений слизистой оболочки дыхательных путей, приводящих к развитию воспаления, нарушения мукоцилиарного транспорта и заселения дыхательных путей микрофлорой [3].

Поэтому прямым результатом разработанных схем ведения пациентов с сочетанной патологией верхних дыхательных путей и ХОБЛ является создание эффективных и комплексных методов лечения, учитывающих все этиопатогенетические аспекты этих заболеваний. Все вышесказанное подчеркивает актуальность выбранной автором темы диссертации [4].

Цель исследования. Изучить распространенность патологии полости носа у пациентов с ХОБЛ и определить роль комплексного подхода в лечении воспалительной патологии полости носа, придаточных пазух носа и ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Для решения этой задачи мы отобрали и обследовали 70 пациентов с сопутствующими заболеваниями риносинусита и хронической обструктивной болезни легких.

Результаты исследования. Симптомы воспалительных заболеваний полости носа и придаточных пазух носа присутствуют у 64,9% больных ХОБЛ. По данным объективного обследования, хронические воспалительные изменения придаточных пазух носа выявляются в 32,9% случаев при обострении ХОБЛ.

Микробный ландшафт мокроты и выделений из носа у пациентов с ХОБЛ практически идентичен. Основным возбудителем обострения хронического риносинусита у больных ХОБЛ (1-я группа) является Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae в 11,1% (n-94) случаев определяется в назальном секрете у пациентов с ХОБЛ в период ремиссии или при латентном течении риносинусита (2-я и 3-я группы), что свидетельствует о колонизации верхних дыхательных путей условно-патогенной флорой.

Атипичная микрофлора (хламидиапневмония) выявлялась в соскобах из носовой полости в 5,3% случаев и не является доминирующей.

Степень обострения хронического риносинусита определяется стадией ХОБЛ. Эта взаимосвязь выражалась в преобладании пациентов с III (29%) и IV (38%) стадиями ХОБЛ в первой группе у пациентов с умеренным риносинуситом по сравнению со второй (III -26%; IV - 23,3%) и третья группа (III - 21,20%; IV - 15,5% соответственно).

Выводы: пациенты с ХОБЛ должны быть обследованы оториноларингологом . Наряду со стандартным оториноларингологическим обследованием этим пациентам необходима компьютерная томография придаточных пазух носа и микробиологическое исследование мокроты и мазка со слизистой оболочки носа. При обострении хронического риносинусита средней степени желтого цвета у пациентов с ХОБЛ 1 и 2 стадии адекватными препаратами являются цефалоспорины последних поколений. При обострении хронического риносинусита средней и тяжелой степени у пациента с коморбидной ХОБЛ 3-4 стадии адекватными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Эмпирический выбор антибактериального препарата должен основываться на оптимальном антибактериальном спектре препарата, удобном режиме дозирования, применении и стадии ХОБЛ.

COMBORBID CHARACTERISTICS IN RHINOSINUSITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Madaminova N.E., Ulmasov B.B., Teshaboyev D.A.
Department of Otorhinolaryngology,
Andijan State Medical Institute,

Relevance. Despite the numerous reports on the relationship between the pathology of the upper respiratory tract and bronchial asthma, the coverage of the nuances of the combination of COPD and rhinosinusitis began in the medical literature relatively recently [6].

In a very few foreign publications, it was found that from 40 to 88% of patients with COPD 'present some kind of complaints from the side of the nose [2,8].

Thus, the prevalence of inflammatory pathology of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses in patients with COPD has not been practically studied; there is no information in the literature on X-ray screening of the paranasal sinuses in patients with exacerbation of COPD [1,7]. This is surprising, given that the pathogenesis of chronic rhinosinusitis and COPD is based on the phenomenon of the so-called "vicious" circle - a chain of sequential, closely related structural changes in the mucous membrane of the respiratory tract, leading to the development of inflammation, disruption of mucociliary transport and colonization of the respiratory tract by microflora [3].

However, there have been no published works on the parallel study of the microflora of the mucous

Therefore, the direct result of the developed management regimens for patients with combined pathology of the upper respiratory tract and COPD is the creation of effective and comprehensive treatment methods that take into account all the etiopathogenetic aspects of these diseases. All of the above emphasizes the relevance of the dissertation topic chosen by the author [4].

Purpose of the study. To study the prevalence of nasal cavity pathology in patients with COPD and determine the role of an integrated approach in the treatment of inflammatory pathology of the nasal cavity, paranasal sinuses and COPD.

Materials and research methods. To accomplish this task, we selected and studied 70 patients with comorbidities of rhinosinusitis and chronic obstructive pulmonary disease.

Results of the study: Symptoms of inflammatory diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses are present in 64.9% of patients with COPD. According to an objective examination, chronic inflammatory changes in the paranasal sinuses are diagnosed in 32.9% of cases with exacerbation of COPD.

The microbial landscape of sputum and nasal secretions in COPD patients is almost identical. The main causative agent of exacerbation of chronic rhinosinusitis in patients with COPD (1st group) is Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae in 11.1% (n-94) cases is determined in the nasal secretion in patients with COPD during remission or in the latent course of rhinosinusitis (2nd and 3rd groups), which indicates the colonization of the upper respiratory tract by opportunistic flora.

As a result of a comprehensive examination of patients with COPD, it was determined that inflammatory pathology of the nasal cavity is diagnosed in 64.9% of cases in patients with exacerbation of COPD, i.e., the need to consult an otorhinolaryngologist in the complex of mandatory diagnostic and therapeutic measures in patients with COPD is shown.

An almost identical microbial landscape was revealed in nasal swabs and in sputum in patients with COPD, which may indicate the relationship between inflammation of the upper and lower respiratory tract.

Conclusions: 1. Patients with COPD must be examined by an otorhinolaryngologist.

2. Along with the standard otorhinolaryngological examination, these patients need computed tomography of the paranasal sinuses and microbiological examination of sputum and smear from the nasal mucosa.

3. In case of exacerbation of moderately yellow chronic rhinosinusitis in patients with stage 1 and 2 COPD, cephalosporins of the last generations are adequate drugs.

4. In case of exacerbation of moderate and severe chronic rhinosinusitis in a patient with comorbid COPD stage 3-4, respiratory fluoroquinolones are adequate drugs. The empirical choice of an antibacterial drug should be based on the optimal antibacterial spectrum of the drug, a convenient dosing regimen, application and stage of COPD.

5. Dynamic monitoring of patients with COPD by an otorhinolaryngologist, treatment with intranasal glucocorticosteroids and rinsing of the nasal cavity, on an ongoing basis serve as an effective prevention of inflammatory processes in the nasal mucosa and paranasal sinuses.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОПЫТ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Мадрахимов С.Б., Каримов М.Ю.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность проблемы: Тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС) произвела революцию в лечении пациентов с терминальной стадией артрита коленного сустава. Несмотря на значительные успехи в первичном отборе пациентов с ТЭКС, хирургической технике и конструкции имплантатов, многочисленные исследования показывают, что только от 82% до 89% пациентов были удовлетворены своей первичным тотальным эндопротезированием коленного сустава. Эти отчеты свидетельствуют о том, что ТЭКС не достигает своей цели облегчения боли и восстановления функции у значительной части пациентов.

Цель исследования: Целью исследования была оценка удовлетворенности наших пациентов после первичной тотальной эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС) с различными интервалами наблюдения.

Материалы и методы исследования: Данное проспективное исследование проводилось в Многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии на кафедре ортопедии с ноября 2018 по октябрь 2020 г. Выполнено 88 односторонних ТЭКС у пациентов с подтвержденным диагнозом первичного остеоартроза коленного сустава III-IV степени (Kellgrene-Lawrence, 1978). Среди них 32 мужчины и 54 женщины в возрасте от 56 до 83 лет со средним возрастом 65,1 года. Период наблюдения составлял от 1 месяца до 1 года. При каждом последующем обследовании (период 3, 6, 12 месяцев) каждый пациент получал оценку активности UCLA и оценку ВАШ. Пациенты оценивали степень удовлетворенности после ТЭКС по шкале от "полностью удовлетворен" до "неудовлетворен" и выражали свою общую удовлетворенность в процентах.

Результаты исследования: Средняя продолжительность пребывания в группе с ожирением составила 11,3 дня (±6,3). Случаев повторной госпитализации в течение 30 дней не было. При окончательном наблюдении 4,54% пациентов не были удовлетворены результатом. Из 56 пациентов (63,6%), которые работали до ТЭКС, 42 (75%) вернулись на любую работу в среднем через 12 недель после операции. Средние баллы UCLA улучшились у 61 пациента (69%) с 4 (легкая активность) до 6 (умеренная активность). Общая удовлетворенность пациентов составила 82,2 % (т. Е. ответы на вопрос о том, как вы были удовлетворены операцией). Значительно больше удовлетворенных пациентов было среди пациентов с первичным остеоартрозом без каких-либо фиксированных деформаций. Их удовлетворенность была связана с уровнем рейтинга активности UCLA. Однако наблюдалась незначительная связь между интенсивностью боли, оцениваемой по ВАШ, до ТЭКС, и удовлетворенностью пациентов после эндопротезирования.

Выводы: Анализ ответов пациентов показывает, что уровень удовлетворенности высок в короткий период после операции. В целом, удовлетворенность пациентов незначительно изменилась примерно через 12 месяцев после операции. Количество неудовлетворенных пациентов или тех, кто сообщал о регулярной боли после ТЭКС в нашем исследовании, согласуется с результатами, представленными в соответствующей литературе, количество пациентов может быть причиной этого. Кроме того, предоперационное обсуждение функциональных свойств после ТЭКС может помочь уменьшить неудовлетворенность после ТЭКС. Кроме того, необходимы многоцентровые исследования для более глубокого анализа удовлетворенности пациентов после ТЭКС.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST

Мадумаров.И.Т., Муминов М.К., Кучкаров А.М., Саттаров.Р., Ортиков М.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: Изучить влияние системного тромболизиса на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъёмом сегмента ST.

Материалы и методы исследования: В исследования были включены 25 больных ОКС с подъёмом сегмента ST, поступивших в отделение терапевтической реанимации Наманганского филиала РНЦЭМП. Из них 20 мужчины, что составляет 80% и 5 женщин (20%). Средний возраст пациентов составила 46,4. Всем больным был произведен системный тромболизис с помощью препарата стрептокиназа. Всем больным сначала внутривенно, болюсно введена 500000 ЕД препарата, затем 1000000 ЕД стрептокиназы разводив на 0,9%-200 мл физиологическом растворе было влито внутривенно, медленно за 1 час. Среднее время от начала приступа до поступления в клинику составило 2,5±1,0 часа. Среднее время от момента поступления до реперфузии составило 30±10 минут. ЭхоКГ проводилась в 3 сутки прибивания больных в стационаре. В режиме по формуле “Площадь-длина” рассчитывали индекс конечно-диастолического объёма (КДО) левого желудочка (ЛЖ) в мл, индекс конечно-систолического объёма (КСО) ЛЖ в мл, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в %.

Результаты: У 16 больных развился не осложненный Q-инфаркт миокарда на 2 сутки, у 5 развился без Q-инфаркт миокарда, «нормализация» ЭКГ выявлена у 4 больных через 12 часов после тромболизиса. Рецидивов кардиальных болей не отмечалось ни у одного больного.

Стабилизация и восстановление сократительной функции ЛЖ отмечались на 2-4 сутки от начала болевого синдрома. Индекс КСО у больных после системного тромболизиса 70±10 мл. Индекс КДО составила 93±10 мл. Фракция выброса ЛЖ 54±8%. Осложнения не наблюдались.

Вывод: Своевременный системный тромболизис позволит достичь эффективного улучшения коронарного кровотока и снизить летальность у больных ОКС с подъёмом сегмента ST в стационарах, где нет возможности сделать интракоронарные вмешательства.

ЭПИЛЕПСИЯ И СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ

Маматкулова Н.Ж., Гафуров Б.З, Мусахонов С.М
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель . Изучение частоты поступления и анализ причин госпитализации больных с эпилепсией и судорожным синдромом, находившихся на стационарном лечении в отделениях нейрореанимации и экстренной неврологии Андижанского филиала РНЦЭМП.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 1383 больных эпилепсией и судорожным синдромом , находившихся на стационарном лечении в 2013-2017 гг. Все больные обследовны по единой схеме, включающей МСКТ головного мозга, ЭЭГ исследование, офтальмоскопическое исследование глазного дна, ЭКГ лабораторные методы исследования.

Результаты. В отделении нейрореанимации и экстренной неврологии в 2013-2017 гг. лечились 1383 больных в возрасте от 18 до 79 лет, женщины 641, мужчины 742 . В 2013 год были 240 больных, в 2014 г. -246, в 2015. -278,в 2016г. -298, в 2017г. 321. От эпилептического статуса в 2015г. Умерли 3 (1,0%) больных ,в 2016г.-3(1,0%) ,в 2017г.-2(1,0%). Всего в 2013- 2017гг.из 1383 больных умерли 8. Абсолютное большинство больных поступали в стационар из-за нерегулярного приема или самовольного прекращения приема противосудорожных препаратов . По показаниям больным проведена МСКТ головного мозга , на которой чаще всего очаговых изменений не выявлялось. Офтальмоскопически на глазном дне регистрировался ангиоспазм сосудов сетчатки. На ЭЭГ выявлены гиперсинхронные биоэлектрические разряды : пик волна,острая волна, медленная волна. Чаще всего на ЭЭГ исследовании наблюдалась пик волна. При проведении ЭКГ и лабораторных исследований существенных изменение не обнаружено . Абсолютное большинство больных свою патологию ни с чем не связывают, а остальные причиной своего заболевания связывают с перенесенными черепно-мозговыми травмами, нейроинфекцией и инсультом , чаще всего геморрагическим.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЁМОМ ST

Маматкулова Н.Ж., Кодиров Р.И
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2017- 2018 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП под нашим наблюдением были 12 больных, 5 из которых составили контрольную группу, 8 включены в основную группу. Деление пациентов на группы было случайным, при этом возраст, степень тяжести болезни, пол, артериальное давление, ЭКГ, пульс, боль в области сердца после тромболизиса значения не имели.

Больным контрольной группы при поступлении вводили наркотической анальгетик при поступлении, а в течение 1- 1,5 часа медленно вводили стрептокиназу. У пациентов основной группы был использован наш алгоритм: 3 АДВ: 3А трехкратная анальгезия (при поступлении перед тромболизисом), Д - дексаметазон , В время течения (30 мин).

Результаты. В контрольной группе у больного наступила остановка сердца и фибрилляции желудка, которая явилась причиной смерти. У 2 больных на ЭКГ выявлен инфаркт миокарда с зубцом Q. У 2 больных наступило улучшение. В основной группе у 6 больных во время тромболизиса гемодинамические показатели оставались стабильными, на ЭКГ выявлялось с исчезновением элевации. У 2 больных на ЭКГ диагностирован инфаркт миокарда с зубцом Q. Боль в области сердца клинически исчезала.

Таким образом, мы рекомендуем использовать алгоритм 3АДВ при проведении тромболитической терапии.

Практические рекомендации. При поступлении больного в отделение интенсивной терапии немедленно ввести наркотический анальгетик. После того, как специалитсты готовы проводить тромболизис, необходимо ввести внутривенно дексаметазон и наркотические анальгетики. Можно многократно вводить дексаметазон против побочных действий стрептокиназы (гипертермия, постперфузионный синдром). Введение стрептокиназы должно охватить миниум 30 и максимум 40 минут.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Маматкулова Н.Ж., Гафуров Б.З, Мусахонов С.М
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучение оптимальных схем гормонотерапии у больных с тяжелой эпилепсией с учетом спектра побочных проявлений разработки действия гормонов, а также разработка алгоритма мониторинга для адекватного обеспечения контроля за лечением.

Материал и методы. Под наблюдением в отделении экстренной терапии АФ РНЦЭМП находились 16 больных в возрасте от 20 до 54 лет с различными формами криптогенных и симптоматических эпилипсий, резистентных к лечению антиэпилептичекими преаратами. В качестве дополнительной терапии применяли преднизолон, дексаметазон,гидрокортизон в таблетированной форме или инъекционно. Доза по преднизолону 60- 90 мг/сут. Длительность терапии составляла до 2 недель. Выбор схеме определяли соматический и неврологический статус пациента, степень риска получения побочных реакций у конкретного пациента. Для объективизации полученных результатов применялись следующие обследования: лабораторные – клинические анализ крови и мочи, коагулограмма, определение гормонального профиля, анализ крови на возможность персистирования вирусной инфекции, а также рентгенография грудной клетки, магнитно- резонансная томография головного мозга, электроэнцефалография, ультразвуковые исследования внутренних органов, электрокардиография, измерение артериального давления.

Результаты. Удовлетворительный эффект уже в 1-ю неделю терапии наблюдался у 7 (45,75%) из 16 пациентов. Симптоматический характер эпилепсии снижал эффективность гормонотерапии. Криптогенный характер заболевания позволял получать более быстрый и результативный ответ. Более ранний возраст пациента перед началом гормонотерапии также повышал эффективность применения гормонов. Полная ремиссия отмечалась у 5 (31,25%) больных. Побочными эффектами наиболее часто были возбуждение, нарушение сна, повышение массы тела, кушингоидные черты, гипергликемия, повышение артериального давления, тахиаритмия, гиперпигментация кожи, остеопения. Контроль колоража питания,ограничение солей в диете, назначение диуретиков и ингибиторов АПФ снижают выраженность побочных эффектов. Еженедельное терапевта и невролога по месту жительства с проведением лабораторного мониторинга

Повторного ЭЭГ (электроэнцефалография) через 1-2 недели с момента начала гормонотерапии так же снижали риск и тяжесть побочных реакций.

Выводы. 1. Полученные результаты свидетельствуют о возможности эффективного применения гормональной терапии при резистентной к АЭП (антиэпилептические препараты) эпилепсии. 2.Отмечается группа эпилепсий, не чувствительных к гормонам. 3. Высокая вероятность и выраженность побочных эффектов, сложный алгоритм мониторирования состояния ограничивают применение гормонов а лечении эпилепсий у взрослых.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ВА ТАГНАНИСНГ ОРТИҚЧА ВАЗНИ БЎЛИШИНИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Маматхужаев З.С., Хужамбердиев М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. ЮИК – юракни ўткир ва сурункали зарарланиши бўлиб, коронар томирлар касаллиги даврида миокардни қон билан таъминланишини камайиши ёки тўхташи билан кечади. Яъни миокардни кислородга бўлган эхтиёжи ошиб боради. ЮИК формалари: стенокардия, миокард инфаркти, коронар синдромлар.

Тадқикот мақсади. Ортиқча тана вазнига эга бўлган беморларда юрак ишемик кассалигини клиник кечишини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун ортича 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 холат бўлиб, ИРни енгиш ва глюкозани хужайрага нормал транспортини ушлаб туриш учун хизмат қилса, бошқа томондан патологик холат бўлиб, метаболик, гемодинамик, органли бузилишлар ривожланиши ва ҚД II-тип, ЮИК, АГ, атеросклеротик кўринишлар ривожланишига олиб келувчи холат хисобланади. Хозирги вақтда охирги хулосалар шуки, ИР ривожланишини механизми ва сабабларидан бири абдоминал семириш хисобланмокда. Бунда марказий нерв системасини бузилиши, артериал девор функцияси ва структурасини бузилиши билан биргаликда кечади. 6800та аутопсия килинганда, 92% каронар артериялар сикилиши атеросклерози топилган. АКШ, Европа мамлакатлари, хамда бизда атеросклероз билан коронар артериялар зарарланади. Япония, Мексика, Манголия, Эфиопия мамлакатларида эса атеросклероз билан мия артериялари зарарланади. Стенокардиянинг асосий сабабчиси кўп холларда юрак тож артерияларининг атеросклерози хисобланади. Атеросклеротик пилакчалар тож томир бўшлиғини торайишига сабаб бўлади ва жисмоний кучланиш вақтида, емоционал қўзғалишда миокардда қон айланиши етишмовчилигига сабаб бўлади. Ривожланган атеросклерозда қон томир бўшлиғи 75% гача тораяди ва оғир бўлмаган жисмоний харакатда хам стенокардия хуружи келиб чиқишига сабаб бўлади. Марказий Осиё мамлакатларида ЮКТКларидан ўлим кўрсатгичлари Европа мамлакатларида 2,7 баробар, 65 ёшдан катта бўлган беморларда 4,6 баробар кўп. Ўзбекистонда 13% ахоли ЮИКни турли хил 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 вактларда вафот этади. ЮКТКларида улим 90%, асосида атеросклероз ва артериал гипертония ётадиган ЮИКга ва мия инсультига тўгри келади. ЮИКни эркакларда ёш ўтиб борган сари авж олиб бориши кузатилмокда. Россия кардиологлари томонидан олиб борилган илмий изланишлар натижасида шу нарса маьлум бўлдики, юрак қон-томир касалликлари ижтимоий иктисодий таьминоти паст булган оилаларда таьминоти юкори бўлган оилаларга нисбатан кўп учраши аниқланди.

Ҳулоса.Хулоса қилиб айтганда, инсонларнинг отиқча тана вазнига эга бўлиши юрак ишемик касаллигини келиб чиқишининг асосий сабабларидан бири хисобланади. Бунга асосан артерия қон томирлар деворига липидларнинг жойлашиши ва миокарга кислород келишини камаши, яъни кислород оқимининг пасайиши сабаб бўлади.

МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТЕНОПИИ

Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременное лечение астенопии является особенно важным для профилактики развития осложнений и улучшения исходов заболевания.

Важным звеном в лечении астенопии является патогенетически обоснованное функциональное

лечение.

Цель исследования – изучить современные методы функционального лечения астенопии и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные для анализа современных методов функционального лечения астенопии.

Результаты исследования. По данным литературы, наиболее доступными и популярными способами профилактики и лечения зрительного утомления являются пальминг (по Бейтсу) и офтальмотренинг (упражнения по методам Базарного, Шапиро), основными функциями которых являются улучшение кровообращения глаза, укрепление глазодвигательной системы, повышение аккомодационной способности.

Для лечения аккомодационной астенопии с применением положительных и отрицательных стекол используются тренировки аккомодации по Аветисову Э.С. - Мац К.А., метод оптического микрозатуманивания по Дашевскому А.И., методы дивергентной дезаккомодации и «раскачки» по Волкову В.В. - Колесниковой Л.Н.

В лечении зрительного утомления широко применяются аппаратные методы лечения. В основу метода для тренировок аккомодации глаза «ОКСИС» положен принцип чередования расслабления и напряжения цилиарной мышцы глаза путем изменения расстояния между изображением демонстрируемого объекта и глазом пациента с более близкого на более удаленное и обратно.

Еще одним популярным способом оптико-рефлекторного лечения астенопии является офтальмомиотренажер-релаксатор «Визотроник», механизм действия которого основан на расслабляющем влиянии «стеклянного атропина». Исследования показали, что лечение при помощи данного аппарата приводит к повышению остроты зрения, запасов и объема аккомодации, в меньшей степени объективного аккомодационного ответа, снижению тонуса аккомодации.

Лазерные методы функциональной терапии вследствие своей эффективности регулярно используются в качестве коррекции астенопии. Наиболее часто выбор падает на аппараты стимуляции гелий-неоновыми лазерными спеклами («Лар- 2», «СПЕКЛ-М») и прибор прямого трансскрального ИК-лазерного излучения цилиарной мышцы глаза («МАКДЭЛ-09»).

Воздействие на сетчатку лазерного спекла является эффективным и зарекомендовавшим себя в лечении астенопии методом. Являясь функциональным стимулятором, спекл-структура заставляет работать сенсорный аппарат глаза, а также снимает напряжение аккомодационного аппарата. Было выявлено, что в результате курса лечения достоверно повышаются запасы аккомодации, некорригированная острота зрения вдаль, а также субъективное «качество зрения».

Для физиотерапевтических методов воздействия на орган зрения при зрительном утомлении используются магнитотерапия, мануальная терапия и рефлексотерапия.

Заключение. Таким образом, базовые методы лечения астенопии направлены на восстановление аккомодационной способности или звеньев бинокулярного взаимодействия путем патогенетического воздействия на них.

МЕТОДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АСТЕНОПИИ

Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Астенопия является одной из наиболее распространенных и трудно устранимых нарушений зрительной системы.

Цель исследования – изучить современные методы медикаментозной терапии астенопии и провести их анализ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные для анализа современных методов медикаментозной терапии астенопии.

Результаты исследования. В качестве патогенетического воздействия на аккомодационную мышцу при лечении астенопии используются М-холиномиметики, альфа- адреномиметики и их комбинации.

М-холиномиметики оказывают выраженное циклоплегическое действие. Они ослабляют циркулярные и меридиональные волокна цилиарной мышцы, действуя таким образом на «положительную» аккомодацию. Считается, что наряду с этим происходит и стимуляция аккомодации вдаль. Среди таких препаратов наибольшее клиническое применение получили атропина сульфат 0,5% и 1%, циклопентолата гидрохлорид 1%, тропикамид 0,5% и 1%.

В настоящее время наиболее часто используется циклопентолата гидрохлорид (цикломед 1%, Sentiss, Индия), вызывающий глубокую, но кратковременную циклоплегию. Применение препарата цикломед 1% наиболее эффективно в лечении пациентов с астенопическим синдромом, связанным со стойким привычно избыточным нарушением аккомодации.

Другим направлением местной медикаментозной терапии аккомодационной астенопии является применение альфа-адреномиметиков. Их эффект связан с двумя механизмами: усилением

дезаккомодационной мышцы Иванова и следующим за ним ослаблением мышц Мюллера и Брюкке. Среди таких лекарственных средств наибольшее распространение получили препараты на основе фенилэфрина гидрохлорида (мезатон 1%, ирифрин 2,5% и 10%). Инстилляции рассмотренных препаратов в конъюнктивальную полость в настоящее время служат основным, но не единственным методом их местного применения в терапии больных с аккомодационной астенопией.

Достаточно широкое применение в указанных целях нашло введение М-холинолитиков и альфа-адреномиметиков с помощью электрофореза.

Антиоксидантная терапия нашла широкое применение в терапии зрительного утомления. Наиболее известными антиоксидантами являются: диквертин, селен, цинк, лютеин, бетакаротин и антоцианозиды экстракта черники. В частности, диквертин обладает высокой антиоксидантной активностью, капилляропротекторным, противовоспалительным действием, улучшает реологические свойства крови.

Антоцианозиды укрепляют сосуды, ускоряют процессы регенерации родопсина, усиливают капиллярный кровоток в сетчатке. Бета-каротин защищает клетки от повреждения активными формами кислорода и свободными радикалами, ускоряет регенерацию родопсина. Витамин С участвует в синтезе АТФ и коллагена. Примерами сбалансированного сочетания витаминов и антиоксидантов являются препараты линии стрикс, антоциан форте, окулист, лютеин-комплекс, окувайт лютеин и многие другие.

Заключение. Таким образом, адекватно подобранное медикаментозное воздействие приводит к повышению остроты дневного и сумеречного зрения, улучшению пространственной контрастной чувствительности, уменьшению симптомов астенопии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одна из актуальных проблем последнего времени – отрицательное влияние компьютеризации на здоровье населения. Массовое внедрение компьютерной техники привело к тому, что 94% пользователей испытывают чрезмерные зрительные нагрузки, приводящие к развитию компьютерного зрительного синдрома.

Поскольку влияние компьютера на зрительный анализатор человека имеет отрицательное воздействие, то остаются актуальными вопросы своевременной диагностики и лечения компьютерного зрительного синдрома.

Цель исследования – изучить вопросы своевременной диагностики и лечения компьютерного зрительного синдрома.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о современных способах диагностики и лечения компьютерного зрительного синдрома.

Результаты исследования. Компьютерный зрительный синдром - форма глазной патологии, совокупность негативных ощущений, испытываемых пользователями персональных компьютеров, мобильных телефонов, игровых приставок и др.

Первичная диагностика основывается на анамнестических данных и жалобах пациента.

Для своевременной диагностики компьютерного зрительного синдрома наряду со стандартным офтальмологическим обследованием исследование аккомодации.

Дифференциальная диагностика проводится с аллергическим конъюнктивитом, синдромом сухого глаза, не связанным с работой за компьютером, блефаритами, лагофтальмом, пресбиопией, различными видами аметропии.

Медикаментозная терапия проводится после тщательной диагностики и коррекции гигиены и режима работы за компьютером. Медикаментозная терапия включает применение препаратов «искусственной слезы», образующие на поверхности глазного яблока стабильную пленку, защищающую роговицу от высыхания при снижении моргательных движений во время работы за компьютером.

Антиоксидантная терапия включает эмоксипин, токоферола ацетат, витамин С, А, дицинон. Также хорошие результаты показала антиоксидантная терапия препаратом СТРИКС.

При лечении компьютерного зрительного синдрома применяют лазерстимуляцию цилиарного тела, биорезонансную терапию, биомеханическую стимуляцию, электростимуляцию цилиарной мышцы.

Электростимуляция цилиарной мышцы является патогенетически обоснованным методом диагностики и лечения нарушений гидродинамики глаза, спазма аккомодации, миопии.

Периодически необходимо расслаблять аккомодационные мышцы, настраивая глаз на дальнюю точку лучшего видения. Во время рабочего дня за компьютером следует каждые 20 минут делать 20 секундные перерывы и смотреть вдаль на расстояние 6 метров.

Заключение. Таким образом, своевременная диагностика и лечение позволяет полностью избавиться от клинических проявлений компьютерного зрительного синдрома и приостановить миопизацию глаза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНОПИИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОМ ЗРИТЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Маматхужаев М.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Впервые понятие компьютерного зрительного синдрома (КЗС, Computer Vision Syndrome – CVS) был введен в 1997 году Американской ассоциацией оптометристов (American Optometric Association), которые объединили под этим понятием комплекс зрительных и глазных симптомов, связанных с длительной работой за персональным компьютером.

Сегодня в связи с неуклонным ростом компьютеризации и времени, проведенным человеком за персональным компьютером, планшетом или смартфоном, увеличивается и количество пациентов, обращающихся за медицинской помощью с астенопическими жалобами на симптомы, свойственные компьютерному зрительному синдрому.

Цель исследования – изучить клинические проявления астенопии при компьютерном зрительном синдроме.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о клиническом проявлении астенопии при компьютерном зрительном синдроме.

Результаты исследования. Симптомы компьютерного синдрома проявляются у людей, которые в рабочее время основную часть дня проводят за монитором компьютера. Все жалобы условно подразделяют на симптомы «зрительные», «глазные» и «общие».

Зрительные симптомы подразумевают постоянное затуманивание зрения, что ведет к общему снижению его остроты. При взгляде на предметы человек может видеть их раздваивание, ему очень сложно перефокусировать зрение на предметы, расположенные вдалеке, и обратно. Во время чтения больной ощущает усталость очень быстро. Изображение и буквы на экране дисплея начинают расплываться.

Глазные симптомы подразумевают ощущение жжения в глазах, чувство появления под веками песчинок, болевые ощущения возле глазниц и лба. У больного краснеют глазные яблоки, он ощущает боль во время их передвижения. Иногда пациенты, страдающие компьютерным зрительным синдромом, утверждают, что ощущения схожи с горением глаз.

К общим симптомам относятся: головные боли, боли в области шейно-воротниковой зоны, головокружения.

Все описанные симптомы не являются постоянными: они могут по-разному сочетаться, однако всегда возникают после продолжительного сидения за компьютером. Если больной находится, к примеру, на свежем воздухе, то подобные жалобы практически не возникают.

Все упомянутые жалобы в определенной степени имеют место у большинства людей, регулярно работающих за монитором компьютера.

Негативным результатом продолжительной работы за компьютером может стать возникновение близорукости либо прогрессирование близорукости, которая была диагностирована у пациента ранее. Также у некоторых людей возможно проявление временной близорукости, которую также называют ложной близорукостью.

Заключение. Таким образом, перенапряжения аккомодационного аппарата глаза приводит к различным нарушениям со стороны органа зрения и развития компьютерного зрительного синдрома.

Поэтому является актуальным своевременное лечение и профилактика проявлений компьютерного зрительного синдрома.

БЛЕФАРИТЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Блефарит – одно из самых распространенных офтальмологических заболеваний, проявляющееся воспалением век. Воспаление краевых участков век в большинстве случаев является хроническим заболеванием, которое достаточно сложно поддается лечению. Упорное рецидивирующее течение блефарита способствует развитию конъюнктивита, кератита и ослаблению зрения у детей больных туберкулёзом.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение встречаемости блефаритов у детей больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Проведено офтальмологическое обследование 903 (523 мальчиков и 380 девочек) детей больных туберкулезом в возрасте от 2 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, рефрактометрию,

биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов.

Результаты исследования. В результате проведенного обследования у 158 детей (96 мальчиков и 62 девочек) в возрасте от 2 до 10 лет диагностировались блефариты.

Встречаемость блефаритов у мальчиков была выше и составляла 10,6%, а у девочек 6,8% соответственно.

Дети жаловались на чувство дискомфорта, локальное или разлитое, иногда болезненное, покраснение в глазу, светобоязнь и прозрачное отделяемое из конъюнктивальной полости.

При простой форме заболевания дети отмечали зуд, объективно выявлялось покраснение и утолщение краев век. Чешуйчатый блефарит, или себорея, проявлялась покраснением и утолщением, жжением и зудом краев век. Отмечалось небольшое слезотечение. У основания ресниц и между ними имелись серые, белые и желтоватые чешуйки, образующиеся из отшелушившихся клеток эпидермиса и засохшего секрета интермаргинальных желез. После снятия этих чешуек влажным тампоном обнаруживались гиперемированные участки.

При лечении блефаритов лечебные мероприятия были направлены в первую очередь на устранение местных явлений.

Местно проводили туалет ресничного края век: после смазывания век 1% тетрациклиновой мазью удаляли чешуйки и корочки. Обрабатывали края век антисептическими растворами, после чего осуществляли массаж век с помощью глазных стеклянных палочек. Затем края век высушивали и обезжиривали спиртом (ватой на глазной стеклянной палочке). Края век смазывали спиртовым раствором бриллиантового зеленого и накладывали мази с антибиотиками: 1% тетрациклиновую мазь, 1% эритромициновую. Одновременно в конъюнктивальный мешок инстиллировали 0,25% раствор цинка сульфата по 4 раз в день, 20 – 30% раствор сульфацил натрия или 0,25% раствор левомицитина по 2 капли 4 раза в день. При упорном течении блефаритов назначали десенсебилизирующую терапию. На края век накладывали 0,5% гидрокортизоновую мазь.

Всех детей с сопутствующей патологией направляли к педиатру, эндокринологу, невропатологу, стоматологу, отоларингологу для лечения и наблюдения.

Вывод: Таким образом, лечение блефаритов у детей больных туберкулёзом необходимо проводить систематически и длительно для профилактики развития осложнений.

КОНЪЮНКТИВИТЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Конъюнктивиты у детей имеют наибольшее распространение среди всей глазной патологии и составлют до 30%. Иммунная система ребенка несовершенна, вот почему в возрасте до 4 лет поражение глаз возникает особенно часто. Конъюнктивиты развиваются и прогрессируют очень быстро.

У детей больных туберкулёзом также отмечается высокий показатель встречаемости конъюнктивитов, так как он является проявлением параспецифических реакций, которые имеют токсико-аллергический характер и могут возникать как в раннем периоде туберкулеза на фоне развития клинических форм первичного туберкулеза, так и на фоне хронически текущего первичного туберкулеза.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение встречаемости конъюнктивитов у детей больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Проведено офтальмологическое обследование 903 (523 мальчиков и 380 девочек) детей больных туберкулезом в возрасте от 2 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, рефрактометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов.

Результаты исследования. В результате проведенного обследования у 146 детей диагностировались конъюнктивиты, что составило 16,2% от общего числа обследованных.

Конъюнктивиты у мальчиков были выявлены в 81 (15,5%) случаях, а у девочек - в 65 (17,1%).

Самой распространенной формой конъюнктивита был ангулярный, течение которого чаще всего было стертым. Ангулярный конъюнктивит характеризовался умеренной гиперемией конъюнктивы с тягучим слизистым отделяемым. В углах глазной щели наблюдалась умеренная гиперемия и рыхлость конъюнктивы.

При лечении аллергического конъюнктивита назначали симптоматическое лечение, направленное на устранение неприятных ощущений в глазу и воспалительных явлений.

Для снятия неприятных субъективных ощущений назначали инстилляции 0,25% раствора сульфата цинка с раствором адреналина гидрохлорида. Местно назначали 0,1% раствор дексаметазона, 0,5–2,5% суспензию гидрокортизона, 0,5% гидрокортизоновую мазь. Хороший эффект получали от применения 4% раствора кромолина натрия («Лекролин»).

Наряду с местным лечением проводили десенсибилизирующую терапию. Внутривенно вводили 10% раствора кальция глюконата. Внутрь назначали после внутривенных инъекций глюконат кальция, тавегил, супрастин, пипольфен и проводили курс витаминотерапии.

Лечение конъюнктивитов у детей больных туберкулёзом было сложным, так как на детский организм наряду с туберкулёзной инфекцией действуют неблагоприятные воздействия окружающей среды, аномалии рефракции, заболевания век, болезни полости рта и придаточных пазух, расстройства обмена веществ, заболевания крови и эндемический зоб.

Вывод: Лечение конъюнктивитов у детей больных туберкулёзом представляет собой довольно трудную задачу, часто носит симптоматический характер и направлено на устранение неприятных ощущений.

ЭПИСКЛЕРИТ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маматхужаева Г.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. При эписклеритах преимущественно поражается эписклеральная ткань, находящаяся непосредственно между склерой и конъюнктивой. Эписклериты часто развиваются у детей больных туберкулёзом. Но иногда эписклерит и его симптомы возникают даже раньше, чем клиническая картина туберкулёза, который является основной причиной воспаления эписклер глаз. И это значительно усложняет диагностику. Эписклериты при туберкулёзе у детей могут протекать как в легкой, так и в тяжелой форме.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение наиболее часто встречающихся форм эписклеритов у детей больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Проведено офтальмологическое обследование 903 (523 мальчиков и 380 девочек) детей больных туберкулезом в возрасте от 2 до 10 лет находящихся на лечении в Андижанском областном противотуберкулезном диспансере. Комплексное офтальмологическое обследование включало визометрию без коррекции и с коррекцией, скиаскопию, рефрактометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию глазного дна методами прямой и обратной офтальмоскопии. Также были проведены клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования и осмотр специалистов.

Результаты исследования. В результате проведенного обследования у 117 детей диагностировались эписклериты, что составило 12,9% от общего числа обследованных.

Эписклерит у мальчиков был выявлен в 74 (15,5%) случаях, а у девочек – в 43 (17,1%).

При осмотре дети жаловались на чувство дискомфорта, локальное или разлитое, иногда болезненное, покраснение в глазу, светобоязнь и прозрачное отделяемое из конъюнктивальной полости.

При проведении офтальмологического обследования диагностировались две формы эписклерита: простой и узелковый. Простая форма была установлена у 79 (42 мальчиков и 37 девочек) детей. При этой форме отмечалось диффузное покраснение в глазу, иногда умеренно болезненное. У 44 (37 мальчиков и 6 девочек) детей был установлен узелковый эписклерит. При этой форме эписклерита на глазном яблоке определялся узелок свободно смещаемый вместе с конъюнктивой, а вокруг него — гиперемированные ткани.

Детям в зависимости от формы эписклерита назначали нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты в каплях и мазях.

Вывод: Таким образом, первопричиной возникновения эписклерита является наличие у детей туберкулёза. Поэтому эписклерит будет оставаться или рецидивировать до тех пор, пока не будет излечена первопричина недуга. Всё это диктует необходимость своевременной диагностики и лечения туберкулёза у детей. При развитии эписклерита у детей больных туберкулезом необходимо своевременно выявлять и проводить лечение в зависимости от формы эписклерита.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ФАКТООВ РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Мамедов М.Н.1, Марданов Б.У. 1, Камилова У.К. 2, Деев А.Д. 1
1. Национальный медицинский исследовтательский центр профилактической медицины МЗ РФ, Москва, Россия
2. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации МЗ Узбекистана, Ташкент, Узбекистан.

Цель. Определение сердечно-сосудистого риска в узбекской когорте мужчин и женщин с артериальной гипертензией (АГ) по результатам многоцентрового исследования.

Материалы и методы. В одномоментное клиническое когортное исследование были включены 582 мужчин и женщин с АГ 1–3 степени без верифицированных сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте 30–59 лет из трех крупных городов Узбекистана (Самарканда, Ферганы и Ургенча). Пациенты были анкетированы с оценкой демографических, социальных, поведенческих особенностей и факторов риска, а также клинического статуса и проводимой терапии. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений оценивался по европейской шкале SCORE.

Результаты. Выявлена высокая частота курения среди мужчин, что составляет в среднем 70 %, тогда как среди женщин этот показатель не превышает 2 %. До 15 % мужчин употребляют алкоголь в умеренных количествах. Наблюдается тенденция более высоких цифр артериального давления среди мужчин по сравнению с женщинами, страдающими АГ. Более 60 % пациентов с АГ на момент обследования имеют ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Окружность талии среди женщин оказалась на 25 % выше пороговых значений, а среди мужчин этот показатель превысил норму на 5–11 % в зависимости от региона. Средние показатели уровня общего холестерина во всех группах превышает норму в среднем на 10 %, также отмечается наличие гипергликемии не менее, чем у 15 % когорты. Высокий риск обнаружен в среднем у 30 % лиц, включенных в исследование. Среди женщин очень высокий сердечно-сосудистый риск выявлен в 11–13 % случаев, в то же время у мужчин его частота несколько выше.

Заключение. Каждый второй мужчина и женщина с АГ в различных регионах Узбекистана имеет высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, что обусловлено выраженностью как АГ и поражений органов-мишеней, так и других факторов риска.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕДУКЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО КРОВОТОКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Маткулиев У.И., Умаров З.З.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч.

Портальная гипертензия является одним из самых грозных осложнений цирроза печени. Портальная гипертензия, возникающая на фоне цирроза печени, обычно приводит к развитию спленомегалии, которая служит основным фактором в развитии гиперспленизма, а следовательно, и тромбоцитопении, анемии и лейкопении. В последние годы большинство клиник применяют редукцию селезеночного кровотока путем эмболизация селезеночной артерии в качестве основного метода лечения панцитопении, а также для предотвращения рецидивов кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Цель исследования: Определение роли и места эндоваскулярной редукции селезеночного кровотока в комплексном лечении больных с циррозе печени осложненных спленомегалией и гиперспленизмом.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты стационарного лечения 318 больных циррозом печени, госпитализированных во 2-ю клинику Ташкентской медицинской академии в 2010-2017 гг. Большинство больных (201) были лица мужского пола, средний возраст которых составил 35,1±17,7 года. С целью мониторинга выполнялось комплексное обследование, включавшее общеклинические, специальные лабораторные и инструментальные методы исследования. Для оценки тяжести печеночная недостаточность использовалась классификация Child – Turcotte – Pugh. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в анамнезе отмечалось у 207 (65,1%) больных. Всем пациентам ранее было выполнено эндоскопическое лигирование варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. У 136 из них наблюдались явления портальной гастропатии различной степени выраженности. Противопоказаниями к эмболизация селезеночной артерии служили тяжелое общее состояние больного, высокая активность цирротического процесса, которая оценивалась по уровню билирубина и печеночных ферментов. Эффективность эндоваскулярных вмешательств оценивалась нами по следующим критериям: изменение общеклинических и биохимических показателей крови, динамика портального кровотока и состояние варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, частота кровотечений, общая летальность и продолжительность жизни.

Результаты исследования: Изучение картины периферической крови, проведенное после стабилизации состояния больных в сроки от 1-го до 3-х месяцев, выявило увеличение клеточного состава и уровня гемоглобина. Число лейкоцитов возросло до 6,8±0,24·10^9/л, тромбоцитов – до 176,3±15,8·10^9/л, уровень гемоглобина составил 94,7±12,4 г/л. Клинически и по данным УЗИ сокращение площади селезенки с 172,2±32,4 до 117,3±19,4 $см^2$ отмечалось у 202 (63,5%) пациентов. Стойкое исчезновение асцита наблюдалось у 86 (27,0%) пациентов. При изучении отдаленных результатов эмболизации селезеночной артерии у 47,1% пациентов выявлено расширение артерий печени и улучшение ее кровоснабжения (гепатоартериализующий эффект), что оказывало положительное влияние на ее функциональные возможности. В то же время реканализация селезеночной артерии была обнаружена у 33,9% обследованных. У 28 больных селезеночная артерия была стенозирована в области ранее установленной спирали. В этих случаях, а также при полной окклюзии артерии формировались различные артериальные коллатерали к селезенке. У 7 пациентов наблюдали тромбоза воротной вены, причиной которого было снижение портального кровотока и увеличение число тромбоцитов в раннем послеоперационном периоде.

При контрольной эзофагогастроскопии у большинства больных варикозно-расширенных вен пищевода были либо в спавшемся состоянии, либо без тенденции к увеличению. Новые варикозные вены пищевода в течение одного года образовались у 127 (39,9%) пациентов, рецидив кровотечения развился у 18 (4,4%). Этим больным было произведено эндоскопическое лигирование.

Выводы.

1. Эндоскопическое лигирование – эффективный метод эрадикации вен пищевода, однако для улучшения результатов лечения больных с портальной гипертензии необходимо применение эндоваскулярных методов лечения.
2. Проведение эмболизации селезеночной артерии после эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода и желудка снижает риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка до 4,4%.

ТЎРТКЎЛ ТУМАНИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Матназарова Г.С., Бауетдинова Г.Д., Касимова Д.А., Мустанова Г., Миртазаева Н.
Эпидемиология кафедраси Тошкент тиббиёт академияси Тошкент,Ўзбекистон.
Тошкентский Алмазарский медицинский колледж

Мавзунинг долзарблиги: Дунёнинг кўпчилик мамлакатларида болалар ва катта ёшдагиларнинг гепатит А билан касалланиш ҳолати соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо ҳисобланади. Ушбу инфекцияга қарши кураш энг муҳим эпидемиологик вазифалардан бири бўлиб қолмоқда. Гепатит А антропоноз вирусли инфекция бўлиб, асосан алиментар йўл билан юқади. ВГА бемор ёки вирус ташувчидан сув, озиқ-овқат ёки маиший мулоқат йўли билан юқади. Тарқалиши кўпинча сув ва озиқ-овқат билан боғлиқ. Гепатит А вируслари ташқи муҳит омиллари таъсирига жуда чидамли, қуритилганда, ҳаво ҳарорати юқори бўлганда ҳам анча узоқ сақланади, дезинфекцияловчи, хлор сақловчи моддаларга чидамли, сув қайнатилганда вируслар 1-2 дақиқадан кейин нобуд бўлади. Вирусли гепатит А касаллигига аҳолининг мойиллиги анча юкори.

Мақсад: Тўрткўл туманида вирусли гепатит А билан касалланиш ҳолатини ўрганиш билан уни камайтириш чора-тадбирларини такомиллаштириш.

Материал ва текширув усуллари: қўйилган мақсадга эришиш учун Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 27 августдаги 542-сонли “Ўзбекистон Республикада вирусли гепатитларнинг ташҳисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида”ги буйруғи асосида Қорақалпоғистон Республикаси Тўрткўл туманида 2018-2019 йилларда вирусли гепатит А билан касалланиш ҳолатининг ретроспектив таҳлили ўтказилди.

Натижа:Қорақалпоғистон Республикасининг вирусли гепатит А касаллиги энг кўп тарқалган туманларидан бири Тўрткўл тумани бўлиб, ушбу туманда 2018-2019 йилларда касалланиш ҳолати юқори даражада кузатилган.

Тўрткўл туманида 2018 йил бўйича вирусли гепатит А билан жами касалланиш курсаткичи 360 нафар, интенсив кўрсаткичи 174,4, 2019 йил бўйича эса 235 нафар интенсив кўрсаткичи 111,9 ташкил қилиб касалланиш кўрсаткичи икки йилда 1,55 марта камайганлиги аниқланди.

Жами касалланганларнинг эпидемиологик текширув ҳариталарини урганиб чиққанимизда вирусли гепатит А нинг сув орқали юқиши 43,5%(259 ҳолат)ни, озиқ-овқат орқали юқиши 31,4%(187 ҳолат)ни, маиший мулоқат йўли билан юқиши 25,1%(149 ҳолат)ни ташкил килган.

Хулоса: ВГА касаллигининг фекал-орал механизм билан юқишини ҳисобга олиб, асосий профилактик чора- тадбирлар юқиш механизмини бартараф қилишга қаратилган бўлади. Бунинг учун қуйидагиларга алоҳида эътибор қаратиш лозим; аҳолини тоза ичимлик суви, сифатли озиқ-овқат билан

таъминлаш; озиқ-овқат тайёрлаш, ташиш, сақлаш, ишлов бериш жараёни ва сотишда санитария қоида ва меъёрларга қатъий риоя қилиш;

Шу билан бирга учоқда касалликнинг махсус профилактикаси ҳам аҳамиятга эга. Қорақалпоғистон Республикасида вирусли гепатит А га HAVRIX ва OLVAXTAR-HAV вакцинаси ишлатилмоқда.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕБАМИПИДА У БОЛЬНЫХ С НПВС АССОЦИРОВАННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОПАТИЕЙ

Махамадалиев А.Ш, Солиев Д.Қ, Солиев А.Қ
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы Однако использование НПВП и НДА имеет и оборотную сторону. К сожалению, эти лекарства способны вызывать серьезные осложнения, прежде всего со стороны ЖКТ. Повсеместное применение НПВП и НДА сделало эту проблему социально значимой и поистине общемировой. Ведь сегодня эти препараты стали основной причиной развития ЖКТ-кровотечений у пациентов в развитых странах мира. Наблюдается сохранение и даже нарастание частоты этого опасного осложнения, даже на фоне отчетливого глобального снижения инфицированности населения *H. Pylori* и частоты ≪банальной≫ (ассоциированной с инфекцией *H. pylori*) язвенной болезни. Согласно многолетней статистике, прием НПВП приводит к развитию диспепсии примерно у 20–30% больных; у 10–25% пациентов, регулярно использующих эти препараты, возникают эндоскопические (выявляемые при проведении эзофагогастродуоденоскопии – ЭГДС) и в большинстве своем бессимптомные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Самые опасные осложнения – кровотечение и перфорации – ежегодно развиваются у 5–10 человек из каждой тысячи использующих НПВП. В целом у принимающих эти препараты смертельные ЖКТ-осложнения регистрируются в 2 раза чаще, чем в общей популяции. Аналогичная ситуация наблюдается и в отношении НДА: использование этого антитромботического средства приводит к развитию диспепсии у 30% пациентов, единичных или множественных эрозий более чем у 50%, язв желудка и ДПК примерно у 7%, а ≪больших≫ ЖКТ-кровотечений у 0,6% ежегодно.

Весьма показательны данные 6-месячного рандомизированного контролируемого исследования (РКИ) OBERON, в котором изучалась эффективность ИПП эзомепразола для профилактики ЖКТ-осложнений при приеме НДА (75–25 мг) у 2426 больных. В конце наблюдения частота язв желудка, выявленных при эндоскопическом исследовании, составила в группе плацебо 7,4%; клинически выраженное кровотечение отмечено у 0,7% пациентов. К сожалению, негативное влияние НПВП и НДА не ограничивается только верхними отделами ЖКТ. Даже относительно кратковременное использование этих препаратов может вызывать поражение тонкой кишки НПВП-энтеропатию. Эта патология развивается из-за повышения проницаемости слизистой оболочки и хронического воспаления, связанного с проникновением в кишечную стенку бактерий или их компонентов, находящихся в просвете кишки. НПВП-энтеропатия может проявляться профузными кишечными кровотечениями, перфорацией и стриктурами тонкой кишки.

“Использование ребамипида в качестве гастропротективного и противовоспалительного препарата при НПВП-гастропатиях “ А.Н. Казюлин (Россия 2016) Увеличение частоты встречаемости НПВП-гастропатии связано с широким применением НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) практически во всех областях ме-дицины. Важным элементом профилактики и лечения НПВП-гастропатии является исполь-зование средств, оказывающих цитопротективное действие на слизистую оболочку желудка. Большой терапевтический потенциал, подтвержденный в множестве экспериментальных и клинических исследований, имеет цитопротектор ребамипид. Использование ребамипида является обоснованным и для условно здоровых лиц при необходимости проведения корот-кого курса терапии НПВП, и для больных, которым необходим длительный или пожизнен-ный их прием, особенно при наличии факторов риска развития НПВП-гастропатии.

“Новые представления о гастропатии,ассоциированной с применением нестероидных противовоспалительных препаратов” И.В.Маев (Россия 2017) Более 30 млн человек ежедневно принимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Регулярное применение НПВП сопряжено сцелым рядом побочных явлений и рисков, лидером которых являются воспалительные, эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). НПВП могут индуцировать поражение ЖКТ на всем его протяжении от пищевода до прямой кишки, однако поражение верх-них отделов ЖКТ развивается в 6 раз чаще. НПВП-гастропатии являются актуальной проблемой современной клинической медицины, учитывая высо-кую распространенность и частоту осложнений. На риск развития НПВП-гастропатий влияет ряд факторов, включая возраст пациента, инфицирова-ние Helicobacter pylori, наличие осложненного течения заболеваний ЖКТ в анамнезе, сопутствующее применение ряда других лекарственных препара-тов. На данный момент наиболее распространенной из применяемых стратегий профилактики НПВП-гастропатии являются комбинированная терапияНПВП с ингибитором протонной помпы, а также применение селективных ингибиторов циклооксигеназы-2. Внедрение в клиническую

практику новогогастропротективного препарата с доказанным эффектом – ребамипида – открывает новые перспективы ведения этой непростой группы пациентов.

“Ребамипид – гастроинтестинальный протектор с плейотропными свойствами” М.Ф. Осипенко (Россия 2016) В 2016 г. на отечественном фармацевтическом рынке появился препарат Ребагит (ребамипид), не имеющий аналогов в России, с доказанной эффективностью и безопасностью. Этот уникальный гастро- и энтеропротектор эффективен в лечении и предупреждении заболеваний не только желудочно-кишечного тракта, но также других органов и систем

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Немногочисленные эпидемиологические исследования свидетельствуют, что большой интерес представляет популяционный анализ распространенности социально-экономических факторов риска среди ВИЧ позитивного населения.

Эффективность таких подходов среди ВИЧ негативных подтверждена ВИЧ инфицированной популяции не доказана.

Цель исследования: определение возрастных особенностей выявляемости социально-экономических факторов риска среди ВИЧ инфицированной популяции.

Материалы и методы: Осуществлялось эпидемиологическое исследование в региональном центре по борьбе со СПИДом. Сформирована репрезентативная группа ВИЧ позитивного населения и каждый пациент обследовался по специально разработанной анкете ВОЗ (1990). Социально - экономические факторы риска выявлялись и оценивались с использованием эпидемиологических, клинических, инструментальных и специальных методов (ВНОК; 2008; WHO, 1997). Обращали внимание на длительность «желудочнокишечного или терапевтического» анамнеза, длительность неинфекционных заболеваний, наличие наследственной отягощенности и факторов риска.

Для диагностики ВИЧ инфекции/СПИД в условиях регионального центра по борьбе СПИДом использованы специфические (ИФА, иммуноблот и мете; полимеразной цепной реакции) и неспецифические (определение количеств* СД - 4 лимфоцитов, Т-хелперов) методы.

Результаты и выводы: При изучении и анализе распространенному социально-экономических факторов риска у ВИЧ инфицированной популяци зависимости от возраста выявлено, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ- популяции зависимости от возраста.

Среди популяции 20-69 лет частота распространенности низкого образовательного статуса составила 57,0 %. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6 % или 1,3 раз ($p< 0,05$), в 20-29 лет отмечено с частотой 52,8 %, в 30-39 лет 62,6 % ($p < 0,05$), в 40-49 лет - 50,8 %, в 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет - также 50,0%. Распространность неблагополучного социального статуса 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 ($p < 0,05$) и в 20-69 лет 88,6.

Стрессовые факторы сравнительно высокой частотой наблюдаются в 40-49 лет-53,8 % ($p < 0,01$ и 60-69 лет - 50,0 % ($p < 0,01$). Частота стрессовых факторов в факторов в возрасте 20-29 лет составила 24,9 %, 30-39 лет - 35,3%, 50-59лет-25,0%.

При анализе распространенности неблагополучного семейного фактора у 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 1,7 раз ($P < 0,05$).

В возрастной группе 20-29 лет неблагополучный семейный фактор наблюдалось с частотой - 46,7 %, в 30-39 лет - 40,8 % и в :г59 лет- 37,5%. Среди обследованных распространенность плохих жилищно-бктовых условий также было высока и в различных возрастных группах - ставила: в 20-29 лет -39,6 % , в 30-39 лет - 64,3% ($p < 0,05$), 40- 49 лет - 56,9 < 0,05), 50-59 лет - 62,5 % , 60-69 лет - 0,0 % и в 20-69 лет - 53,6 %.

Можно будет заключить, что выявленные популяционные данные способствуют формированию «прицельных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска неинфекционных патологий у ВИЧ позитивного населения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Несмотря на то, что в течение последнего десятилетия популяционнье исследования хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) стали занимать одно из первых лидирующих мест среди прикладных и фундаментальных работ продолжает увеличиваться чувствительный разрыв между возможностями современной превентивной науки и ограниченными средствами борьбы клинической гастроэнтерологии.

Это, по утверждению исследователей, в значительной степени отражается в высоких уровнях распространенности ХГДЗ среди различных групп населения и континуума от них.

Цель исследования: изучение распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного населения (ВИЧ ХГДЗ) по данным анкетирования.

Материалы и методы: Для одномоментного эпидемиологического исследования было выбрано ВИЧ инфицированная популяция, которое было представительным по отношению ко всему населению региона. Применялись опросные, инструментальные биохимические методы (WHO, 1990).

ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно классификации (2006) с привлечением специалистов из региональных центров по борьбе со СПИДом.

Результаты и выводы: Изучение распространенности рассматриваемых ХГДЗ проводилось среди ВИЧ популяции, прошедших комплексный первичный скрининг. Оказалось, что ХГДЗ среди ВИЧ популяции наблюдаются с частотой 59,6%. С помощью анкетирования хронические гастриты выявлены у 6% обследованных, хронические дуодениты - у 9,8%, хронические гастродуодениты в целом -у 16,1%, язвенная болезнь желудка - у 19,5%, язвенная болезнь 12- ти перстной кишки - у 24,3%, и язвенная болезнь в целом -у 43,8%.

Согласно данным других исследователей распространенность язвенной болезни среди ВИЧ негативного населения, по данным анкетирования, отмечаются в уровнях 1,0% (у наркоманов) и не более 9,3 % (у юношей). В изучаемой популяции, как следует из полученных нами данных распространенность ХГДЗ существенно выше (более чем 43 раз - по отношению с наркоманами и в 4,7 раз - по сравнению с показателями язвенной болезни у юношей, ($p < 0,001$), чем в целом среди ВИЧ негативного населения. Следовательно, такое существенно значимое возрастание распространенности ХГДЗ не может не тревожить, поскольку увеличение расространенности этих заболеваний тесно связаны с континуумом ВИЧ населения.

Особенно заметен в уровне заболеваемости вклад язвенной болезни: удельный вес язвенной болезни по сравнению с ХГДЗ больше в 2,7 раз ($p<0,001$) и достиг 43,8%. В структуре хронических гастродуоденитов вклад хронических дуоденитов по сравнению с хроническими гастритами существенно выше - на 3,6% или в 1,6 раза ($p<0.05$). Выявляется также увеличение доли язвенной болезни 12- ти перстной кишки по сравнению с язвенной болезнью желудка в структуре язвенной болезни - до 4,8 % или в 1,3 раза ($p<0,05$).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Изучение специальной литературы позволяет утверждать, что в настоящее время одной из острых категорий населения являются популяции ВИЧ инфицированных (ВИЧ популяция) или больные СПИДом Прогнозируется, что в ближайшие десятилетия они будут «главными» объектами всех видов исследований и в том числе, эпидемиологических.

В то же время, просмотренные нами данные литературы свидетельствует, что до сих пор комплексные клинико-эпидемиологические исследования, позволяющие выяснить эпидемиологические закономерности ХГДЗ и их факторов риска у ВИЧи популяции не проводились.

Цель исследования: изучение распространенности и структуры хронических гастродуоденальных заболеваний среди ВИЧ инфицированного женского населения (ВИЧ ХГДЗ).

Материалы и методы: Использован комплексный метод популяционного отбора, сочетающую случайную и сплошную выборку, сформирована репрезентативная группа ВИЧи лиц в возрасте 20-69 лет. Источником формирования выборки были списки ВИЧи населения, прикрепленные в региональный центр по профилактике и борьбе СПИДом. Обследование проводилось в скрининг центре и включало следующие методы - эпидемиологические, клинические и специальные методы диагностностики ВИЧ инфекции.

Обследование каждого пациента включало заполнение специально разработанной анкеты на основе вопросника ВОЗ (1990) и НИИ гастроэнтерологии МЗ РФ (1990).

Результаты и выводы. Распространенность ХГДЗ среди ВИЧ инфицированной популяции составила 35,7%. Наибольшей частотой в структуре ХГДЗ встречалась язвенная болезнь 24,3% и сравнительно меньше отмечались (на 12,9% или 2 раза $p<0,01$) хронические дуодениты. В структуре хронических гастродуоденитов преобладают хронические дуодениты (6,8%) по сравнению с хроническими гастритами (4,9 %) на ($p>0,05$). Отмечено высокая выявляемость язвенной болезни 12-ти перстной кишки (16,3%), чем язвенная болезнь желудка (8,3%). В целом, среди ВИЧи популяции женщин в структуре язвенной болезни язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 2 раза чаще, чем язвы желудка ($p<0,01$). Таким образом, из полученных нами данных очевидно, что перспективным направлением в настоящее время следует признать разработку системы популяционного наблюдения и профилактического вмешательства, направленный на ХГДЗ или их факторов риска, эффективную и качественную профилактику в отношении таким пациентам - женщин на фоне ВИЧ инфекции.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХГДЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА СД 4 + -Т- КЛЕТОК В КРОВИ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования - изучение выявляемости клинических проявлений ВИЧ инфекции у больных с хроническими гастродуоденальными заболеваниями (ХГДЗ) в зависимости от количества СД 4 + - Т- клеток в крови.

Материалы и методы. ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно классификации ВОЗ (2006) с использованием специфических и неспецифических методов в ходе эпидемиологического исследования репрезентативной группы ВИЧ - инфицированного населения.

Реализована стратегия 3 с привлечением и непосредственным участием специалистов региональных центров по борьбе со СПИДом. Все методы выявления ВИЧ инфекции - специфические (ИФА, иммуноблот и метод полимеразной цепной реакции) и неспецифические (определения количества СД-4 лимфоцитов, Т-хелперов) осуществлялись с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Оказалось, что у пациентов ВИЧ 20-69 лет с ХГДЗ в 19,6 % случаев наблюдается бессимптомная, (первичная) ВИЧ инфекция или персистирующая генерализованная лимфоаденопатия (клиническая категория А), в 43,2 % случаев отмечается ВИЧ инфекция, проявляющаяся симптомами, но не относящаяся к категориям А и С (клиническая категория С). Те или иные клинические категории ВИЧ инфекции отмечены у 85,4 % больных ВИЧ с ХГДЗ. У популяции ВИЧ- женщин и мужчин с ХГДЗ клинические категории ВИЧ инфекции выявлены с частотой - 85,1 % и 85,5 % (соответственно ($p>0,05$). Клинические категории А, В и С среди женщин и мужчин ВИЧ с ХГДЗ | отмечены в уровнях - 14,9% и 21,7 % ($p<0,05$), 51,1% и 39,6% ($p<0,05$) и по 19,1% и 24,2% ($p>0,05$) соответственно.

Для большинства проявлений ВИЧ инфекции у больных ХГДЗ были| характерными прогрессирующее снижение массы тела, затяжная лихорадка, диарея, изменение кожи и слизистых оболочек, и сопутствующие конкурирующие нозологии.

Следовательно, можно будет заключить, что у ВИЧ позитивных пациентов с ХГДЗ вместе с вирусом победно шествует страх перед СПИДом, получившим название «Чума XX века».

Естественно возникает вопрос: почему же к ВИЧ инфекции приковано внимание общества? Потому, что ВИЧ инфекция болезнь особая и она поражает существованию самого рода человеческого как биологического вида.

СТРУКТУРА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСНОВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Современные литературные данные свидетельствуют, что представляется перспективным учет данных популяционных исследований и вооружение стратегии скрининговой профилактики хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у популяции ВИЧ инфицирований лиц (ВИЧ населения).

Реализация такого подхода способствует раннему выявлению факторов риска ХГДЗ среди ВИЧ инфицированных (ВИЧ ХГДЗ), приводит к улучшению качества жизни больных и обеспечит эффективную терапевтическую программу этих патологий на фоне ВИЧ инфекции.

Цель исследования - изучение выявляемости и структуры ХГДЗ среди ВИЧ инфицированного населения по данным комплексных (инструментальных) исследований.

Материалы и методы. Использована репрезентативная выборка ВИЧ населения для эпидемиологического исследования. Среди них с применением комплексных инструментальных (антропометрических, ФЭГДС и УЗИ), клинических, биохимических и специальных исследований изучена распространенность и структура ХГДЗ. В условиях региональных центров по борьбе с СПИДом ВИЧ инфекция диагностировалась с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Изучалась распространенность ХГДЗ по денным эндоскопических исследований среди ВИЧ населения в возрасте 20-69 лет. Проведенный анализ выявил различную частоту распространенности отдельных форм ХГДЗ, так и всего ХГДЗ в ВИЧ инфицированной популяции 20-69 летнего возраста: хронический поверхностный гастрит выявлялся у 4,9 % обследованных, хронический эрозивный гастрит у 2,6 %, хронический поверхностный дуоденит - у 5,9 %, хронический эрозивный дуоденит у 3,9 %, язвенная болезнь - у 43,4 % и в целом ХГДЗ - 59,6 %.

Из представленных данных видно, что на фоне ВИЧ инфекции высокой частотой выявляется язвенная болезнь, по сравнению с ней 9 раз ниже отмечается хронический поверхностный гастрит ($p<0,001$), в 7,4 раза реже наблюдается хронический поверхностный дуоденит ($p<0,001$) и в 11 раз меньше ($p<0,001$) наблюдается хронический эрозивный дуоденит ($p<0,0001$).

В целом изучение структуры ВИЧ ХГДЗ показало, что доля язвенной болезни выявляется с увеличением до 73,2% и отмечается уменьшением вклада в развитии ХГДЗ – хронического эрозивного гастрита (до 2,0%), хронического эрозивного дуоденита (до 6,6%), хронического поверхностного гастрита (до 8,3%) и хронического поверхностного дуоденита (10,0%).

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

На сегодняшний день среди ВИЧ-негативного населения проведено множество клинических, экспериментальных, эпидемиологических и профилактических исследований, в которых, во-первых, получена Тигельная эффективность в отношении факторов риска и терапевтического континуума; во-вторых, выработаны общие подходы к организации и проведению эпидемиологического скрининга или профилактического вмешательства.

Однако, такие исследования среди ВИЧ-инфицированного населения до сих пор не проводились.

Цель исследования - изучение распространенности хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) среди ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы. Среди репрезентативной группы ВИЧ-населения 20-69 лет осуществлялось эпидемиологическое исследование. Применялись стандартизованные и унифицированные опросные, клинические, инструментальные и биохимические исследования. Верификация диагноза ХГДЗ у каждого пациента базировалась на анализе клинических проявлений, аналитических сведений и данных комплексных исследований.

В региональных центрах по борьбе со СПИДом специфические и неспецифические методы выявления ВИЧ- инфекции осуществлялись в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Как видно из наших данных, распространенность ХГДЗ среди ВИЧ - популяции увеличивается в зависимости от возраста на 48,1% или в 2 раза ($p < 0,01$). В различных возрастных группах отмечаются следующим образом: в 20-29 лет - 44,2%, в 30-39 лет- 59,6 % ($p < 0,05$), в 40 – 49 лет - 92,3 % ($p < 0,01$), в 50-59 лет - 62,5 % ($p < 0,05$), в 60-69 лет - 0,0% и в 20-69 лет - 59,6 % .

Распространенность язвенной болезни и хронических гастродуоденитов также отмечены с возрастанием в зависимости от возраста: в 20-29 лет - по 35,5% и 8,6 % соответственно ($p < 0,001$), в 30-39 лет - по 46,4% и 13,2 % ($p < 0,001$), 40-49 лет - по 60,0% и 46,4 % ($p < 0,05$), в 50- 59 лет - по 62,5 % и 37,5%.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА
(по данным эпидемиологического исследования)

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования: изучение и оценка клинических проявлений хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) у ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: ВИЧ-инфицированное население подвергались эпидемиологическому исследованию. Репрезентативной группе ВИЧ - диагноз ХГДЗ ставился на основании стандартных опросных данных, результатов биохимических и инструментальных исследований. Диагноз ХГДЗ (хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит, ЯБЖ, ЯБДПК формулировался согласно критериям «Сиднейской системы» (1990).

Результаты и выводы. Оказалось, что большинство проявлений ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции неспецифичны. Для начала заболевания характерен болевой синдром (в 62,8% случаев) и диспептические симптомы (в 57,8% случаев). В дальнейшем в клинической картине ХГДЗ начинают превалировать симптомы поражения других органов или ассоциированных патологических состояний: симптомы поражения тонкой кишки-хронические профузные поносы в сочетании с болями в животе, рвотой, лихорадкой и потерей массы тела у 34,9%); симптомы поражения толстой кишки (у 18,9 %), клинические категории А, В и С; ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши (у 0,3%), явление себорейного дерматита в сочетании с классическими симптомами ХГДЗ, снижение аппетита, похудание, наличие крови в кале, наличие слизи в кале и дегтеобразный стул (у 16,6 % больных) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - у 18,6 % пациентов ХГДЗ с ВИЧ- инфекцией. Отмеченные симптомы у ВИЧ-женщин и мужчин выявлялись со следующей частотой соответственно: болевой синдром - по 61,7 % и 63,4 % ($p > 0,05$), диспепсические симптомы - по 73,4 % и 50,7 % ($p < 0,05$), симптомы поражения тонкой кишки - по 27,6 % и 38,2 % ($p < 0,05$), симптомы поражения толстого кишечника - по 22,3 % и 17,4 % ($p > 0,05$), клинические категории А, В и С в сочетании с саркомой Капоши - по 10,6% и 0,0 % ($p < 0,01$), явление себорейного дерматита с КС ХГДЗ - по 32,9 % и 9,3 % ($p < 0,001$), кандидозный стоматит с КС ХГДЗ - по 29,8 % и 10,1% ($p < 0,01$) и сочетание КС ХГДЗ с симптомами туберкулеза - по 17,0 % и 19,3 % ($p > 0,05$).

Таким образом, выявленные особенности клинических проявлений у ВИЧи-женщин и мужчин, безусловно, имеют непосредственное научно- практическое значение для оптимизации лечебно-диагностических технологий у больных с ВИЧ ХГДЗ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования - изучение особенностей клинических проявлений ВИЧ-ассоциированных гастродуоденальных заболеваний (ВИЧ ХГДЗ) в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Среди репрезентативной выборки ВИЧ инфицированного населения осуществлено эпидемиологическое исследование и изучено клиническое течение ХГДЗ в различных возрастных группах обследованных. ВИЧ инфекция диагностировалась соответственно критериям и по классификации ВОЗ (2006).

Результаты и выводы. Отмечено, что болевой синдром у больных ХГДЗ ВИЧ инфекцией в зависимости от возраста выявляется с увеличением от 39,1 % (в группе лиц 20-29 лет) до 85,0% (в группе 40-49 лет), то есть на 45,9 % или в 2,2 раза ($P < 0,01$). В группе обследованных больных с ХГДЗ 60-69 лет болевой синдром и другие симптомы не отмечены (0,0%). В возрастных группах 20-29 лет, 30-39 и 50-59 лет болевой синдром выявлялся с частотой – 39,1 %, 71,4 % и 80,0% соответственно.

Диспепсические симптомы у обследованных пациентов в связи с возрастом наблюдались с разницей на 56,7 % или в 2,3 раз ($p < 0,01$). Сравнительно высокая выявляемость диспепсических симптомов отмечены среди лиц 50-59 лет (100,0 %), 20-29 лет (60,9%) и 30-39 лет (65,0%); более чем в 2 раза меньшей частотой установлены в возрастной группе 40-49 лет.

Симптомы поражения тонкой кишки у больных ХГДЗ с ВИЧ-инфекцией встречались в возрасте 20-29 лет - 36,7 %, в 30-39 лет - 44,3 % ($p < 0,05$) и в 40-49 лет - 18,3%. В группе лиц 50-59 и 60-69 лет эти симптомы не наблюдались. Обращает внимание наличие у больных наряду с классическими симптомами ХГДЗ и, явлений поражения толстого кишечника: среди лиц до 30 летнего возраста - у 21,8 %, 30-39 лет - у 21,4%, 40- 49 лет - у 11,7 % и в 50- 59лет - у каждого пятого пациента (20,0%).

Симптомы ВИЧ-инфекции с саркомой Капоши имели более выраженный характер лишь в возрастной группе 20-29 лет обследованных (1,1 %), а в других возрастных группах больных данная патология не обнаружена (0,0%).

В целом, отмечено, что при ХГДЗ у ВИЧ позитивных пациентов наиболее часто в патологический процесс вовлекаются тонкая кишка (в 57,8 % случаев), толстый кишечник (18,9 %), кожные покровы (92,9 %) и органы дыхания с туберкулезом (18,6%).

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ С ХГДЗ.

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

В последние годы в структуру факторов риска хронических гастродуоденальных заболеваний был включен такой фактор как потребление алкоголя. В связи с этим нами была изучена частота и эпидемиологическая характеристика распространенности потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции.

Материалы и методы. На репрезентативной выборке ВИЧ- инфицированных лиц в возрасте от 20 до 69 лет в ходе эпидемиологического исследования анализирована и оценена частота распространенности потребления алкоголя с использованием рекомендаций ГНЦПМ РФ (2001). Так, при оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) использовались общепринятые массовые (весовые) концентрации этанола: 1) для пива - 0,04г этанола/ мл, 2) для сухого вина (шампанского) - 0,0927 г этанола / мл напитка, 3) для крепкого вина - 0,1227 г этанола / мл напитка, 4) Для водки/ коньяк- 0,3227 г этанола / мл напитка. Критерием избыточного потребления алкоголя принималось потребление более 20 г чистого алкоголя в день. ВИЧ - инфекция диагностировалась в региональных центрах по борьбе СПИДом в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001).

Результаты и выводы. Употребление алкоголя отмечено у 31,7 % обсле дованных. Данный фактор в уровне 62,7% выявлялся у ВИЧ- инфицированных мужчин и в 23,2 раза реже - у женщин (2,7%); $p<0,0001$. Изучена и оценена распространенность потребления алкоголя у ВИЧ- инфицированной популяции в зависимости от возраста.

По результатам нашего анализа в различных возрастных диапазонах употребление алкоголя выявлялось с различием в следующих уровнях: в 20-29 лет - 13,2% , 30-39 лет - 40,4 % , 40-49 лет-53,8 %, 50-59 лет - 50,0 % и в 60-69 лет не встречалось (0,0%).

С возрастом выявляемость данного фактора увеличивается в 4 разаН 0,001). Следует заметить, что среди ВИЧи - популяции употребляющих спиртных напитков, с частотой 64,9 % наблюдалось недолжное состояние жевательного аппарата (отсутствие 1-2 коренных зубов) у ВИЧ общей популяции 20-69 лет. В группе ВИЧ-женщин недолжное состояние * жевательного аппарата отмечено у 46,7 %, а среди мужчин - в 84, 4 % случаев ($p < 0,05$).

Кроме того, среди ВИЧ - общей популяции распространенность низкой физической активности составила 88,5 %, у женщин - 85,6 % и у мужчин 91,8 % ($p > 0,05$).

Распространенность низкой физической активности и недолжное состояние жевательного аппарата как фактор риска среди обследованного ВИЧ-позитивного населения отмечалась следующим образом соответственно: в группе 20-29 лет - по 89,3 % и 43,6% ($p < 0,05$), в 30-39 лет - по 89,4 % и 74 о % ($p>0,05$), в 40 - 49 лет-по 78,5 % и 92,3 % ($p < 0,05$), в 50-59 лет- по 100,0 % и 87,5 %($p < 0,05$), в возрасте 20-69 лет по 88,5 % и 64,9 % ($p < 0,05$).

Таким образом, в зависимости от возраста, отмечено возрастание случаев выявляемости низкой физической активности до 92,3 % и недолжное состояние жевательного аппарата до 54,6 % или 2,2 раза ($p < 0,01$).

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д. К., Кодиров Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Цель исследования - изучение возрастных особенностей распространенности инфекционных факторов риска, наследственной предрасположенности и изменений массы тела среди ВИЧ-инфицированного населения.

Материалы и методы: В ходе эпидемиологического исследования обследована представительная группа ВИЧ- инфицированного населения 20- 69 лет. Факторы риска - геликобактериоз (ГБИ), наследственная предрасположенность (НФ) и изменение массы тела - пониженная (ПМТ) и повышенная (ИМТ) определялись согласно критериям «Сиднейской системы» (1990) и ВОЗ (1997). В диагностике ВИЧ-инфекции реализована стратегия с соблюдением стратегии тестирования в соответствии с рекомендации ВОЗ (2001) в условиях региональных центров по борьбе СПИДом.

Результаты и выводы: ГБИ встречались сравнительно с более высокой частотой и выраженностью в возрастных группах ВИЧ популяции 20-69 лет 95,4 %, 30-39 лет 96,2 % и 40-49 лет - 89,2%. Сравнительно реже отмечено в группе лиц 50-59 лет - 62,5 % ($p < 0,05$) и 60-69 лет - 50,0 % ($p < 0,05$). В среднем у 20-69 летних обследованных данный инфекционный фактор отмечался с частотой 94,3%. Наследственная отягощенность в целом как фактор риска ХГДЗ на уровне общей популяции 20-69 лет с частотой не более 13,8%. С возрастом выявляемость данного фактора среди ВИЧ –инфицированности возрастает до 50,0% или в 6,5 раз ($p <0,001$). Высокая частота распространенности НФ отмечено в возрастных группах 60-69 лет 50,0% ($p <0,001$) и 50-59лет 37,5% ($p <0,01$).

Сравнительно редко отмечалось среди лиц в возрасте 40-49 лет (7,7%), 30-39 лет (14,5%) и 20-29 лет (13,7%). Отмечена очень низкая выявляемость ИМТ в ВИЧи популяции 20- 69 лет
лет - 13,2% , 30-39 лет лет - не встречалось (С 1 0,001). Следует зам спиртных напитков, с жевательного аппара" популяции 20-69 ЛЄ жевательного аппарате ($P < 0,05$).

Кроме того, сред физической активности ($P > 0,05$).
Распространенно состояние жевательно ВИЧ-позитивного насе/ в группе 20-29 лет - по % (р'У 0,05)', в 40 - 49 г % и 87,5 % ($p < 0,05$), в Таким образом, случаев выявляемости состояние жевательног

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Максумова Д.К., Турсунова М.А
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Исследователями указываются зависимость высокого риска развития хронических гастродуоденальных или других неинфекционных заболеваний и их факторов риска от потребления наркотических веществ (ПНВ).

Поэтому мы изучили распространенность ПНВ у ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции с целью разработки в дальнейшем, как скрининговых профилактических мероприятий, так и стратегии профилактики высокого риска в отношении этих факторов риска среди ВИЧ- населения.

Материалы и методы. Специальное эпидемиологическое обследование проводилось в скрининг центре и оно включало применение на репрезентативной выборке ВИЧ инфицированной (ВИЧ) популяции следующих методов: эпидемиологических, клинических и специальных методов диагностики ВИЧ-инфекции (WHO, 2001).

У ВИЧ популяции наркоманов соответственно МКБ-10 (ДСМ-14) в определенной последовательности выяснились следующие вопросы: 1) наркомании, вследствие злоупотребления веществами, содержащими опиумные алколоиды и их производные, а также синтетических анальгетиков, 2) наркомании, вследствие злоупотребления кокаина; 3) наркомании, вследствие злоупотребления препаратами группы амфетаминов и других психостимуляторов; 4) наркомании, вследствие злоупотребления галлюциногенными веществами, отнесенными к наркотикам; 5) наркомании, вследствие злоупотребления с другими какими-либо веществами отнесенными к наркотикам; 6) наркомании, вследствие сочетанного злоупотребления комбинации веществ различных групп, отнесенных к наркотикам.

Результаты и выводы. Из полученных данных следует, что распространенность ПНВ среди общей популяции ВИЧ- инфицированных составляет 29,2 %.

Изучалась распространенность ПНВ среди ВИЧ населения с учетом возраста обследованных.

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 целом, систематический и постоянный мониторинг распространенности ПАВ среди ВИЧ популяции, безусловно, существенно повышает информированность населения, работников лечебно-профилактических учреждений и организаторов практического здравоохранения с последующим медицинским, экономическим и социальным эффектом проводимых профилактических мероприятий.

Выводы: 1) эпидемиологический мониторинг имеет высокую чувствительность, специфичность и большой потенциал в раннем выявлении, диагностики и профилактике ХГДЗ у ВИЧ инфицированного населения;

2) с помощью результатов эпидмониторинга можно получить истинную информацию об эпидемиологических условиях и ситуациях в отношении ПНВ, которые могут быть использованы для

определения эффективной стратегии профилактики и диспансерного наблюдения ВИЧ населения в реальной практике;

3) периодический эпидмониторинг рекомендуется для широкого и постоянного использования на практике в целях современного выявления хронических гастродуоденальных заболеваний и ПНВ среди ВИЧ позитивного населения;

4) для повышения эффективности лечебно- профилактических мероприятий среди ВИЧ инфицированного населения в отношении хронических гастродуоденальных или других неинфекционных патологий рекомендуется совершенная программа-технология профилактики.

Её применение на практике, во-первых, приостановить континуума неинфекционных заболеваний; во-вторых, способствует к раннему выявлению не только типичных, но и атипично протекающих случаев различных заболеваний среди наркоманов ВИЧ-популяции.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К., Султонови Г.И.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Генерализованный туберкулёз регистрируется как туберкулез органов дыхания, если есть поражение дыхательной системы организма. В официальной статистике нет данных о первичном выявлении всех внелёгочных локализаций туберкулёза.

За последние 20 лет существенно выросла заболеваемость туберкулезом органов дыхания при одновременном снижении заболеваемости внелёгочным туберкулёзом с 3,3 на 100 тыс. населения в 1992 г. до 2,5 на 100 тыс. населения в 2010 г.

Объясняется это тем, что внелё-гочные формы выявляются значительно труднее из-за сложности использования лучевых и лабораторных методов диагностики. Значение имеет также доступность медицинской помощи.

Цель исследования: изучить клинические проявления и исходы лечения генерализованных форм ТБ.

Материалы и методы исследования: обследовано 65 больных генерализованными формами ТБ, лечившихся в АОФД в 2019-2021 гг.

Результаты исследования: Среди обследованных 61,5% был ТБ инфицированных (I гр), 38,5% – инфекции (II гр). В I гр преобладали лица до 40 лет – 82,5%, во II - старше 40 лет (64,0%). Преобладали мужчины: I гр – 72,5%, II гр – 72,0%.

Впервые выявленных больных – 75,3%: I гр – 87,5%, II – 56,0%. Рецидивов - 12,3%: I - 5,0%, II – 24,0%. Хроники составили 12,3%: I гр – 7,5%, II – 20,0%.

Преобладал диссеминированный ТБ (ДТ) – 47,6%: I гр - 45,0%, II – 52,0%. Но МТ (10,0%) - лишь в I гр. На 2 месте - инфильтративный ТБ (ИТ)-32,3%: I гр - 42,5%, II – 16,0%. Во II гр. фиброзно-кавернозный ТБ – 24,0%, в I лишь 5,0%. По 3,0% - очаговый ТБ и казеозная пневмония, туберкулемы-1,5%.

Легочный процесс был осложненным в 21,5%: 16,9% - экссудативный плеврит, 4,6% - ТБ бронха, гортани.

Помимо поражения легких выявлялся туберкулезный менингит (ТМ) – 49,2%, ТБ органов брюшной полости (ОБП) - 20,0%, периферических лимфоузлов -12,3%, костей и суставов -10,7%.

В 67,6% - внелегочное поражение 1 органа: I гр – 62,5%, II – 76,0%. Поражение 2-3 органов было у 32,2% и встречалось чаще в I гр – 37,5%, во II - 24,2%.

Деструкция в легких выявлялась в 38,4%: I гр - 27,5%, II - 56%. Бактериовыделение отмечалось у 56,9%: I гр - 47,5%, II-72,0%. Лекарственно-устойчивые штаммы МБТ преобладали: лекарственно-чувствительных - 12,5% (11,1% в I гр, 14,2% во II); лекарственно-устойчивых (ЛУ) - 28,1% (33,3% - I гр, 21,4% - II). МЛУ+ШЛУ в целом- 59,3%: I гр - 55,5%, II – 64,2%.

Эффективно пролечено 26,9%, улучшение - 7,6%, не эффективно - 25,0%, умерло - 34,6%, 5,7% досрочно прервали лечение.

Среди больных с генерализованными формами преобладали ТБ инфицированные мужчины молодого возраста с впервые выявленным ТБ (преимущественно с ДТ и ИТ легких).

Вывод: Помимо поражения легких чаще был ТМ и ТБ ОБП. Множественное поражение чаще было у ТБ-инфицированных. Основную часть составили случаи ЛУ ТБ. Лечение было недостаточно эффективным.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Абдуманапова Р.К., Орипов Ш.Ю., Мавлянов И.К., Султонови Г.И., Батирова Б.Т.
Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время туберкулез продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-биологических и социально-экономических проблем, стоящих перед мировым сообществом.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению в популяции числа детей с иммунопатологическими синдромами: нарушением проти-воинфекционной защиты, аллергическим, аутоиммунным, иммунопроли-феративным.

Вторичная иммунная недостаточность в 80-90% случаев проявляется в виде синдрома нарушения противоинфекционной защиты с ростом числа детей с рецидивирующими респираторными инфекциями и манифестными формами оппортунистических инфекций.

Остается неизученной распространенность и характер клинико-лабораторных проявлений оппортунистических инфекций среди детей и подростков, инфицированных МБТ и больных туберкулезом.

Поэтому изучение клинико-эпидемиологических особенностей туберкулеза у детей и подростков в современных условиях, в том числе при сочетании с иммунопатологическими синдромами не вызывает сомнения

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 туберкулезного диагностического отделения в АОТД. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, фибробронхоскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов.

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.

Результаты и их обсуждение. 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% ($p<0,05$).

Вывод. Среди детей, направляемых в диагностичекое отделение для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%).

Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с не отягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мирзаахмедова И.З., Тожиддинов Х.С., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анемия различной степени тяжести наблюдается практически у всех пациентов, получающих программную полихимиотерапию, после которой усугубляется ее выраженность.

Таким образом, патогенез анемии может включать сужение плацдарма гемопоэза вследствие инфильтрации костного мозга клетками опухоли, влияние на эритропоэз проводимой химиотерапии, а также неадекватную продукцию эритропоэтина специфическими клетками почек.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение роли эритропоэтинов в развитии анемии у больных с лимфопролиферативными заболеваниями, а также совершенствование качества оказания медицинской помощи пациентам с неходжкинскими лимфомами, хроническим лимфолейкозом и множественной миеломой, течение которых осложнилось развитием анемии, путем улучшения методов диагностики, профилактики и лечения.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач проведен ретроспективный анализ распространенности анемии у больных с лимфопролиферативными заболеваниями на момент постановки диагноза, определение степени ее выраженности. Проанализированы данные 102 пациентов в дебюте лимфопролиферативного о заболевания.

Результаты исследования. Анемия является частым осложнением лимфопролиферативных заболеваний. Анемия выявлена у 81% пациентов с множественной миеломой, у 63% больных с хроническим лимфолейкозом и у 58% пациентов с неходжкинскими лимфомами. Анемия обнаружена у 65% больных с впервые выявленным лимфопролифератившным заболеванием.

Проведение химиотерапии является одним из факторов способствующих развитию анемии, требующей коррекции. Переливание гемокомпонентов необходимо 55% пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, получающих химиотерапию.

У пациентов с ЛПЗ ведущую роль в развитии анемии играет относительная недостаточность эритропоэтина. Неадекватно низкий уровень эндогенногоэритропоэтина выявлен у больных с неходжкинскими лимфомами, хроническим лифолейкозом и множественной миеломой.

Применение рекомбинантного человеческого эритропоэтина для коррекции анемии у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, получающих аутологичную трансплантацию периферических стволовых клеток крови, позволяет корректировать неадекватно низкую продукцию эндогенного эритропоэтина и уменьшить потребность в трансфузиях препаратов красной крови.

. Лечение рекомбинантным человеческим эритропоэтином больных, получающих трансплантацию периферических стволовых клеток, увеличивает уровень тромбоцитов и уменьшает потребность в трансфузиях тромбоконцентрата.

Вывод. Полученные результаты позволили обосновать необходимость дифференцированного подхода к диагностике и лечению анемий у пациентов с лнмфопролиферативными заболеваниями.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА С ОСТЕОПОРОЗОМ У БОЛЬНЫХ НА РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТАДИЯХ

Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По сравнению с лимфомой Ходжкина неходжкинские лимфомы чаще выявляются на распространенных стадиях. Диагноз, как правило, ставится на основании биопсии лимфатического узла и/или костного мозга.

Стратегии лечения могут включать наблюдение и ожидание, химиотерапию, таргетные препараты (например, ингибиторы киназ) и иммунотерапию (например, моноклональные антитела, Т-клетки с химерными антигенными рецепторами), иногда применяется лучевая терапия.

За редким исключением, трансплантация стволовых клеток обычно планируется для пациентов с агрессивными лимфомами после неполной ремиссии или рецидива.

Цель исследования. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПК) у пациентов с распространенными стадиями лимфомыХоджкина (ЛХ).

Материалы и методы исследования. Дизайн: одномоментное (поперечное) обсервационное исследование. В исследование включено 48 пациентов с III–IV стадиями ЛХ (19 (39,6 %) мужчин, 29 (60,4 %) женщин), от 19 до 70 лет, наблюдавшихся в клинике АГМИ. Средний возраст начала ЛХ у данной категории больных составил 33 [26;44] года, длительность заболевания - 7,5 лет.

Результаты исследования. По результатам DXA у 23 (47,9 %) пациентов с III–IV стадиями ЛХ зафиксировано снижение МПК. Пациенты с остеопорозом в целом были старше, имели малый ИМТ по сравнению с больными нормальной МПК. Десятилетний риск основных низкоэнергетических переломов и переломов шейки бедра, согласно FRAX, оказался выше в группах больных с остеопорозом и остеопенией, по сравнению с больными ЛХ с нормальной МПК ($p < 0,05$). При оценке денситометрических показателей у больных ЛХ, получавших комбинированную терапию, в большинстве случаев ($\chi 2 = 6,23$; $p = 0,0271$) выявлялось снижение МПК в сравнении с пациентами, получавшими только ПХТ. У пациента с проведенной аутоТГСК установлена остеопения. Более чем у половины больных, получавших схемы ПХТ,

содержащие ГКС (60,1 %), было выявлено снижение МПК. В группе пациентов старше 50 лет и женщин в постменопаузе наиболее частой локализацией остеопороза была шейка бедренной кости, а у молодых пациентов с распространенными стадиями зафиксировано снижение МПК в поясничном отделе позвоночника.

Выводы. Проведение комбинированной терапии и протоколов ПХТ, включающих ГКС, положительно ассоциированы со снижением МПК у пациентов с распространенными стадиями ЛХ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОНЦЕНТРАТА VIII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ А

Мирзаахмедова И.З.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Основным методом лечения больных гемофилей до настоящего времени является заместительная терапия концентратами дефицитных факторов свертывания крови. Благодаря развитию рекомбинантной ДНК-технологии получения антигемофильных глобулинов за последние десятилетия созданы новые безопасные и эффективные лекарственные средства.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения МА при хирургических манипуляциях и операциях у больных гемофилией А.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 23 больных гемофилией А, получавших заместительную терапию МА на фоне инвазивных манипуляций с 2019 по 2021 гг. в возрасте от 14 до 52 лет (Ме – 33 г.). У 17 из них установлена тяжелая, у 3—среднетяжелая, у 3—легкая степень заболевания. Пациенты были разделены на две группы: в первую включены 18 больных, которым выполняли малые инвазивные вмешательства по поводу острого геморрагического синдрома — пункционная аспирация излившейся крови из полости сустава или гематомы. Во вторую группу включены 5 больных, которым проводили оперативное лечение (ампутация средней фаланги II пальца, остеосинтез левой бедренной кости, экстракция зуба, удаление металлоконструкции после остеосинтеза, грыжесечение).

Результаты исследования. Пациентам первой группы произведено 96 вливаний - 237000 МЕ препарата, средняя кратность введений МА на одного больного за госпитализацию составила 5,4; средняя разовая доза МА на одно введение - 34,5 МЕ/кг. Уменьшение отечности, болезненности и восстановление движений в пораженном суставе отмечалось на 2–3 сут. от начала терапии; купирование всех признаков воспаления происходило на 7 сут. Клиническая эффективность препарата у пациентов данной группы удовлетворительная.

При анализе активности ф. VIII в плазме обследованных установлено, что через час после введения МА, в перерасчете на дозу 1 МЕ/кг массы тела в среднем происходило увеличение уровня фактора на 2,2 %. Больным второй группы осуществлено 58 вливаний-188500 МЕ, средняя кратность введения препарата на одного пациента за госпитализацию составила 11,6; средняя разовая доза концентрата ф. VIII на одно введение -50,4 МЕ/кг. При анализе активности ф. VIII в плазме пациентов установлено, что через час после введения МА , доза 1 МЕ/кг массы тела в среднем повысила уровень фактора на 1,8 %. Только одному больному интраоперационно ввиду большой травматичности хирургического пособия - остеосинтеза, потребовалась дополнительная инъекция препарата, однако превышения рекомендуемых производителем доз не было.

Объем кровопотери в процессе и после операций ни у одного из пациентов значимо не превышал таковой при сопоставимых манипуляциях у лиц, не страдающих нарушениями гемостаза. Рецидива геморрагического синдрома не наблюдалось. В обеих группах достоверных изменений биохимических показателей до и после введения МА не установлено. Инфекционные осложнения, аллергические реакции, появление ингибитора и другие нежелательные явления на введения лекарственного средства не зарегистрированы.

Выводы. Клинические и лабораторные данные, полученные до и на фоне заместительной терапии МА (154 вливания-425500 МЕ), свидетельствуют о безопасности отечественного рекомбинантного концентрата ф. VIII. Эффективность препарата у всех пациентов была удовлетворительной. Установлено повышение активности ф. VIII на 2,2 % в первой и на 1,8 % - во второй группе при введении 1 МЕ/кг МА. Полученные результаты исследования МА сопоставимы с описанными в литературе результатами применения как нативных, так и рекомбинантных факторов свертывания крови.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Мирзаахмедова И.З.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ) - миелопролиферативное заболевание, характеризующееся повышенной продукцией мегакариоцитов в костном мозге и тромбоцитозом в периферической крови. Ключевым звеном патогенеза ЭТ является неконтролируемая активация клеточного сигнального пути JAK-STAT, в основе которой лежат соматические точечные мутации генов, кодирующих тирозинкиназу (JAK2) и белок кальретикулин (CALR), а также гена рецептора тромбопоэтина (MPL). В последние годы установлена молекулярная картина ЭТ, что предопределило необходимость дальнейшего изучения влияния указанных мутаций на течение, риск развития осложнений и прогноз заболевания.

Цель исследования. Оценить распространенность драйверных соматических мутаций у пациентов с ЭТ и определить их взаимосвязь со временем дебюта заболевания и некоторыми клинико-лабораторными показателями.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 193 пациентов с ЭТ, наблюдавшихся в клинике АГМИ с 2019 по 2021 гг. Возраст обследованных в дебюте заболевания колебался от 18 до 90 лет (медиана 57 лет), из них 65 (33,7 %) мужчин и 128 (66,3 %) женщин, сопоставимых по возрасту.

Результаты исследования. Мутация V617F гена JAK2 обнаружена у 130 (67,4 %) человек, мутации гена CALR - у 35 (18,1 %) пациентов, в 1 (0,5 %) случае выявлена мутация W515L гена MPL (MPL+). У 26 (13,5 %) пациентов не обнаружено ни одной драйверной мутации. Они отнесены к обследованным больным с так называемым тройным негативным статусом (TN+). Мутационный статус гена CALR складывался из like мутаций p. L367fs*46 (делеция в 52 п.о. - тип 1) и p. K385fs*47 (инсерция в 5 п.о. - тип 2). Мутации типов 1/like и 2/like обнаружены у 18 (51,4 %) и 17 (48,6 %) пациентов соответственно.

Вывод. Частота выявления драйверных мутаций у больных ЭТ согласуется с результатами общемировых и российских исследований. Подтверждена ассоциация мутации V617F гена JAK2 с дебютом заболевания в пожилом возрасте и более высоким уровнем гемоглобина, чем у носителей других драйверных мутаций.

Пациенты с мутациями в гене CALR типа 2/like в сравнении со всеми исследуемыми группами имели наибольшее количество тромбоцитов. Установлено статистически значимое отличие больных по возрасту дебюта заболевания и содержания тромбоцитов в зависимости от типа выявленной мутации гена CALR.

HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME CAUSED BY AMUR HANTAVIRUS: CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGY AND CLINICS

Mirzakarimova D.B.
docent of the department of infectious diseases
Andijan State Medical Institute

The relevance of the problem. Hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) is a serious problem due to the wide spread of natural foci, the severity of complications developing during the infectious process, long periods of temporary incapacity for work, and long-term multi-organ disorders in convalescents, lack of effective etiotropic therapy and specific prophylaxis. Currently, HFRS is one of the most common natural focal infections in the world.

Despite numerous studies by domestic and foreign authors on pathogenesis, the development of diagnostic methods, treatment and prevention of hantavirus infection, very few studies have been conducted on the comprehensive study of the immunological response in various clinical forms of the disease. In the dynamics of the infectious process, there is a development to one degree or another of the severity of the imbalance of the cytokine system, which regulates the cascade of inflammatory, immune, metabolic processes, which, in turn, determine the form, severity and outcome of the disease.

Objective: To evaluate the significance of immunological disorders in pathogenesis and the optimization of treatment of patients with hemorrhagic fever with renal syndrome.

Material and research methods. To study the epidemiological situation of the incidence of hemorrhagic fever with renal syndrome, the materials of AOIB for 3 years were analyzed (2019 - 2021).

The results of the study. The treatment efficacy was evaluated in 37 patients who received traditional basic therapy without prednisolone; the comparison group consisted of 45 people on the basis of therapy in combination with prednisolone (intravenously in doses from 30 to 120 mg / day). 18 patients received

Roncoleukin® (intravenous drip of 250 thousand ME for 5 days). Treatment results were compared with 16 patients not receiving the drug (double blind method was used). Patients in the compared groups were comparable by sex, age and severity of the disease. The criteria for evaluating the effectiveness of therapy were the duration of inpatient treatment of patients, the duration of individual periods of the disease, the severity and speed of regression of the main clinical symptoms, the level and duration of azotemia, the minimum level of urine output in oliguria and the maximum in the polyuric period of the disease.

Comprehensive examination included a clinical examination of the patient, ultrasound examination of the kidneys, clinical blood and urine tests. The serological verification of the diagnosis was 100%. Biochemical studies (determination of creatinine, urea, aspartate aminotransferase, alanine notransferase, and bilirubin levels in blood serum) were performed on a Hitachi 911 biochemistry analyzer (Japan) using standard methods. A comprehensive assessment of the immune status was carried out using standard recognized methods taking into account recommendations for immunological examination of the population. The study of the immune system in patients with HFRS included the study of indicators of nonspecific resistance, cellular and humoral immunity. Determination of the level of Schgerleukins (IL-la, IL-4, INFy) was performed twice in the dynamics of the disease (1–2 days after receipt and again after 5–7 days of hospitalization). When assessing immunological parameters, immunograms of 33 clinically healthy individuals (average age 38.32 ± 2.01 years) living in the city of Ulyanovsk and the region were used as control.

Conclusions. The clinical course of HFRS is characterized mainly by a mild and moderate course of the disease in 62.9 ± 12.3%, the absence of a clear staged disease in 35.0 ± 1.9%, with the leading clinical pathogenetic syndromes: intoxication in 100%, pain in 94, 6 ± 1.9% and dyspeptic in 64.8 ± 3.9% of patients.

In patients with HFRS, changes in cellular defense factors are observed, indicating the inclusion of immune mechanisms in the pathogenesis of the disease, manifested by immunosuppression of the T-cell immunity: a decrease in the number of CB4 + lymphocytes in 47.6 ± 4.9% and a particularly pronounced decrease in C08 + cells in 90.5 ± 2.9%, high immunoregulatory index (8.37 ± 4.2) in 87.5 ± 12.2% of patients. The depth and nature of immunological disorders in patients with HFRS depend on the severity and period of the disease.

INFLUENCE OF HEPATOTROPIC VIRUSES AS A COINFECTION ON THE COURSE OF VIRAL HEPATITIS A

Mirzakarimova D.B.
Docent of the department of infectious diseases
Andijan State Medical Institute

The relevance of the problem. To date, a large amount of clinical and experimental material has been accumulated, indicating the ability of the association of pathogens to radically change the form and structure of the infectious process: to lead to its manifestation or, conversely, to a latent state, to change the clinical picture of the disease. Recently, in the literature, much attention has been paid to liver damage in immunocompetent patients with herpes viruses, as well as TTU and BEPU viruses. The regularities of the course of mixed infection of viral hepatitis remain largely unclear.

According to WHO, around 2 billion people have been infected or transferred in the past with viral hepatitis in different countries of the world, which significantly exceeds the prevalence of HIV infection. Every year, 1.5 million inhabitants of the planet die from acute and chronic processes caused by hepatitis viruses. However, in 5-20% of cases, the nature of acute and chronic hepatitis remains unknown.

Purpose of the study. The purpose of the work is to determine the hepatotropic virus infection of patients with viral hepatitis A, and study their effect as co-infections on the clinical course, immediate and long-term outcomes of the disease.

Materials and research methods. The study included 105 patients hospitalized with a diagnosis of viral hepatitis A. All patients were hospitalized in the Andizhan Regional Infectious Diseases Hospital.

The results of the study. Hospitalization was carried out from 2 epidemic foci in the hypoendemic period and during the epidemic rise. Epidemiological outbreaks of viral hepatitis have occurred among limited groups. In the first case (34 patients), the source of infection was infected products from the canteen of the business center.

Characterization of the clinical course of HAV hepatitis. In a monovirus infection of acute viral hepatitis A, in most cases (89.5%) in hospitalized patients, the disease proceeded in a moderate form. The prodromal period in patients of this group proceeded according to the flu-like, dyspeptic, asthenovegetative and mixed variants. The most common variant of the preicteric period in this group was the grumpy-like ($p < 0.001$). The duration of the preicteric period averaged 6.44 ± 0.24 days. During the height of the disease, the most common symptom of intoxication in this group was general weakness. In addition, the clinical picture of the disease showed characteristic signs of liver damage (jaundice, hepatomegaly, pain and heaviness in the right hypochondrium) in 92 (97.9%) patients, with a predominance of jaundice and hepatomegaly ($p < 0.001$). An objective examination of patients from the hepatitis A monofinction group most often met with moderate hepatomegaly (by 1.5-2.0 cm).

Conclusions. Viral hepatitis A often occurs in combination with other hepatotropic viruses. In 49% of cases, a concomitant disease in acute viral hepatitis A is II V infection.

The possibility of multireplicative activity of the hepatotropic viruses TTV and VEB against the background of acute viral hepatitis A was shown. The detection rate of mixed HAV + TTV + VEB infection was 3%.

In patients with mixed viral infection NAU + TTU, NAU + UEV and NAU + TTU + UEV, the disease retains a typical characteristic of the acute period of viral hepatitis A, differing only in a shortened preangelic period.

In case of multi-viral NAU + TTU, NAU + TTU and UVU + HEU damage to the liver, current hepatitis has an acyclic course with a prolonged period of convalescence up to 11-12 months.

ОБНАРУЖЕНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Муминов И.А., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Бекташев И.А., Хайдарова Н.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Термин «малые повреждения миокарда» (МПМ) в литературе появился относительно недавно. МПМ встречаются в 8-15% случаев после плановой чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) и проявляются только повышением уровня кардиоспецифических маркеров, без клинических и электрокардиографических признаков повреждения миокарда.

Цель исследования. Диагностика, выявление факторов риска развития малых повреждений миокарда и оценка их влияния на результаты планового чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с ишемической болезнью сердца: стенокардией.

Материалы и методы исследования: Исследуемые пациенты были подразделены на группы, по уровню содержания кардиоспецифических маркеров в сыворотке крови: группа исследования - 15 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения функциональный классы II-III после ЧКВ, осложненных малыми повреждениями миокарда; группа сравнения - 10 пациентов (мужчин) с ИБС: стенокардией напряжения II-III функциональный классы после ЧКВ, не осложненные МПМ. Все пациенты с ИБС (групп сравнения и исследования) получали одинаковую медикаментозную терапию. Так же пациенты продолжали прием рекомендованной терапии на амбулаторном этапе лечения. Во время ЧКВ и стентирования коронарных артерий использовались металлические стенты и стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием.

Результаты и обсуждение. При обследовании пациентов с ИБС: стенокардия напряжения II-III функциональных классов, подвергнутых ЧКВ и стентированию коронарных артерий, в 1-е сутки выявлено наличие жалоб в группе исследования на незначительный дискомфорт за грудиной у 3,2% пациентов возникли жалобы, тем временем пациенты группы сравнения жалобы не предъявляли ($p<0,05$). У пациентов с ИБС группы исследования и сравнения после выполнения им ЧКВ и стентирования коронарных артерий, по показателям биохимического анализа крови, таким как: гемоглобин, креатинин, холестерин - различий не выявлено. Однако наблюдается повышение в общем анализе крови уровня содержания лейкоцитов выше нормы - 10,1*109/л, у пациентов группы исследования, что не наблюдается у пациентов группы сравнения ($p<0,05$). Инструментальные данные для выявления МПМ незначительны - к ним относятся ЭКГ-признаки в виде возникновения ранней реполяризации желудочков, которые регистрируются только в группе исследования (16,7%) после планового ЧКВ ($p<0,05$). При анализе данных, в группе исследования отмечается повышение уровня содержания миоглобина в сыворотке крови по сравнению с группой исследования в 2,5 раза ($p<0,05$). В 1-е сутки после ЧКВ и стентирования коронарных артерий отмечен рост уровня содержания КФК-МВ в сыворотке крови у пациентов группы исследования, превышающий показатели группы сравнения в 1,7 раз ($p<0,05$). Нами получены данные о превышении уровня содержания тропонина Т в группе исследования над группой сравнения в 74 раза ($p<0,05$). На 1-е сутки после выполнения чрескожных коронарных вмешательств и стентирования артерий у пациентов с ИБС при уровне содержания тропонина ТО- 0,030 нг/мл, КФК-МВ 0,10 - 4,94 нг/мл, миоглобина 25,0 -72,0 нг/мл прогнозируется благоприятное течение послеоперационного периода без развития малых повреждений миокарда; а при уровне содержания тропонина Т 0,030 - 0,072 нг/мл, КФК-МВ 4,94 - 5,58 нг/мл, миоглобина 72,0 - 93,6 нг/мл прогнозируется как неблагоприятное течение послеоперационного периода с развитием малых повреждений миокарда.

Таким образом, по результатам, нами определены связь взаимодействий между кардиоспецифическими маркерами: тропонином Т, креатинфосфокиназой-МВ и миоглобином, что свидетельствует о развитии малых повреждениях миокарда в 1-е сутки после чрескожных коронарных вмешательств и стентирования коронарных артерий.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАНИЙ НА ВНИМАНИЕ И ПАМЯТЬ У ЛИЦ, РАНЕЕ УПОТРЕБЛЯВШИХ КАННАБИНОИДЫ

Муминов К.К., Хамидова Х.В.
Андижанский техникум общественного здравоохранения Абу Али ибн Сино

Актуальность. Употребление каннабиноидов становится всё более распространенным в современном мире, с этим связан рост научного и медицинского интереса к проблеме последствий употребления этого наркотика для человеческого организма, в особенности для центральной нервной системы.

Цель исследования. Анализ психофизиологических показателей при выполнении задач на внимание и рабочую память у лиц, ранее употреблявших каннабиноиды и воздерживающихся на момент исследования от употребления наркотика более четырех месяцев.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие две группы испытуемых, всего 60 человек. В экспериментальную группу вошли молодые люди в возрасте от 18 до 30 лет, состоящие на учёте в АОНД.

Результаты исследования. Результаты исследования проясняют мозговые механизмы обработки информации у лиц, ранее употреблявших каннабиноиды, и воздерживающихся от употребления наркотика более четырех месяцев.

Изучение психофизиологических показателей процессов внимания и памяти у лиц, ранее употреблявших каннабиноиды, позволит оценить долгосрочные эффекты употребления каннабиноидов и ответить на вопрос об обратимости негативных последствий со стороны когнитивной сферы, а также будет способствовать пониманию нейрофизиологических механизмов влияния каннабиноидов на мозг человека.

Выявленные психофизиологические особенности могут иметь практическое применение при разработке коррекционных мероприятий, а также при устройстве на работу, требующую повышенного внимания, которое может быть нарушено у данной группы лиц.

Понимание того, как влияет употребление каннабиноидов на когнитивные функции имеет важное значение и для клинической практики. Пациенты, которые регулярно употребляют каннабиноиды могут иметь нарушения, которые мешают им обратиться за медицинской помощью и достигнуть успешных результатов.

Вывод. Таким образом, дефицит внимания, рабочей памяти, функций планирования и принятия решений являются наиболее часто выявляемыми нарушениями, как во время острой интоксикации, так и вне этого периода.

Морфологические изменения в структурах мозга с высоким содержанием каннабиноидных рецепторов (например, гиппокамп, префронтальная кора, мозжечок) могут опосредовать наблюдаемый когнитивный дефицит у потребителей каннабиса, хотя прямые взаимосвязи между структурой и функциями не так легко продемонстрировать.

Однако, главный вопрос, который остается перед исследователями: являются ли наблюдаемые после нескольких дней воздержания нарушения, временными (например, из-за остатка каннабиноидов в организме или из-за абстиненции) или продолжительными из-за нейротоксического эффекта длительного воздействия каннабиса.

НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТРЕСС-РЕАЛИЗУЮЩИХ СИСТЕМ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: ТРАНСЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Муминов К.К., Хамидова Х.В.
Андижанский техникум общественного здравоохранения Абу Али ибн Сино

Актуальность. Стресс ассоциирован со многими хроническими заболеваниями, например, с аутоиммунными заболеваниями, астмой, диабетом, язвой желудка, атеросклерозом, но наиболее сильно - с расстройствами депрессивного спектра.

Увеличение риска развития ассоциированных со стрессом заболеваний может происходить в результате хронического стресса, а также вследствие аллостатического программирования в раннем онтогенезе систем, напрямую или опосредованно вовлеченных в реализацию стрессорного ответа.

Изучение воздействия неонатального стресса на функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС), систем нейротрофических факторов и провоспалительных цитокинов во взрослом возрасте особенно актуально для расстройств депрессивного спектра ввиду отсутствия точного представления о механизмах развития этой группы заболеваний.

Цель исследования. Целью данной работы является исследование функционального статуса стресс-реализующих систем при тревожном и депрессивно-подобном поведении у экспериментальных животных и пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой.

Материалы и методы исследования. В экспериментальной части нашей работы были использованы 113 самцов крыс линии '^81аг: 52 для моделирования депрессии с помощью хронической активации стрессорных систем в ответ на непредсказуемые стрессорные воздействия (для уменьшения громоздкости названия модели, мы оставили вариант наиболее широко принятый в русско- и англоязычной литературе - хронический непредсказуемый стресс, ХНС) и 61 для моделирования депрессии с использованием НПС. ХНС осуществляли в течение 8 недель.

Результаты исследования. Перед началом и после окончания ХНС крысы контрольной и экспериментальной групп проходили тест «вынужденное плавание» в два этапа: в первый день «обучения» крысы находились в воде в течение 15 минут, во второй день «проверки» - 5 минут. Перед окончанием ХНС крысы обеих групп проходили тест на предпочтение раствора сахарозы. НПС осуществляли с помощью инъекций бактериального липополисахарида (ЛПС) в дозе 50 мкг/кг на 3 и 5 постнатальные дни.

При рождении крысят все пометы были поделены на две группы: части пометов вводили подкожно бактериальный ЛПС (всем крысятам в помете), другой части вводили эквивалентный объем стерильного физиологического раствора. Через 30 дней 19 животных ювенильного возраста тестировали для выявления тревожного и депрессивно-подобного поведения, до и после поведенческих тестов забирали кровь из хвостовой вены для биохимических исследований, далее этих крыс выводили из эксперимента. Через 90 дней половину оставшихся крыс каждой из групп последовательно тестировали в следующих тестах: «открытое поле», «приподнятый крестообразный лабиринт», «выработка условно-рефлекторного замирания», «предпочтение раствора сахарозы», «вынужденное плавание».

После окончания поведенческих тестов животных обеих групп, включая тех, кто не участвовал в тестировании, декапитировали. В сыворотке крови и гомогенатах коры больших полушарий, фронтальной коры и гиппокмпа опрелеляли содержание кортикостерона, ВВ№, КОБ (только структуры мозга), ИЛ-6, ИЛ-1Р, ФНОа. Для ИЛ-6, ИЛ-1Р, ФНОа определяли уровень экспрессии мРНК в структурах мозга крыс.

В клинической части данной работы приняли участие 74 пациента с тревожно-депрессивной симптоматикой (ТДС), поступивших для лечения в психоневрологический стационар, и 44 здоровых добровольца. Всех испытуемых оценивали по шкалам Гамильтона (шкала для оценки депрессии психиатром) и Спилбергера (шкала для самооценки уровня тревожности), также пациенты осуществляли самооценку по шкале Бека. В сыворотке крови испытуемых определяли содержание кортизола, АКТГ, ВБ№, ИЛ-6, ИЛ-1Р, ФНОа. Кровь для исследования забирали у испытуемых в состоянии спокойного бодрствование и через 1 час после умеренного психо-эмоционального стрессорного воздействия.

В то же время тест на ангедонию является хорошей альтернативой тесту «вынужденное плавание», имеющей обширную доказательную базу, в том числе в области возможных патогенетических механизмов.

Следовательно, тест на предпочтение раствора сахарозы, вероятно, более корректно применять для выявления депрессивно-подобного поведения, чем тест «вынужденное плавание».

Вывод. Таким образом, доля пассивного плавания в тесте вынужденного плавания отражает реализуемую в настоящий момент стратегию преодоления неизбегаемого стрессорного воздействия, а не психологический статус животного.

Стратегия преодоления действия острого стрессорного воздействия зависит от многих факторов, и в настоящее время нет четкого представления, на какой из компонентов этой сложной стресс-реализующей системы организма воздействуют антидепрессанты.

СТРЕСС – ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Муминов К.К., Хамидова Х.В.
Андижанский техникум общественного здравоохранения Абу Али ибн Сино

Актуальность. Эмоциональный стресс является универсальной адаптационной реакцией организма человека к состоянию напряжения, сопровождающийся мобилизацией пластических ресурсов и интенсификацией энергетического обмена.

Воздействие стресса повышает уязвимость репродуктивной системы, определяющей свойства фертильности, нарушает нейроэндокринный и иммунный механизмы регуляции.

Репродуктивное здоровье является необходимым условием и залогом общего психического состояния, активности человека и определяет его качество жизни. Жировая ткань играет значительную роль в репродуктивном здоровье женщины, от её количества напрямую зависят процессы конверсии половых гормонов и ферменты, отвечающие за этот процесс.

Цель исследования. Оценить стресс-индуцированные сдвиги циклической деятельности гипофизарно-яичникого звена эндокринной системы в процессе адаптации репродуктивной функции при различной активности жировой ткани или уровне вегетативного регулирования.

Материалы и методы исследования. Нами была разработана анкета, содержащая вопросы, касающиеся становления менструальной функции, особенностей функционирования репродуктивной системы, особенностей сексуального поведения (возраст полового дебюта, количество сексуальных партнеров, регулярности сексуальных контактов), способах контрацепции, репродуктивных планах и анамнезе, наличие экстрагенитальных заболеваний, материального положения, пищевого поведения, а также другие вопросы медико-социального и медико-организационного характера.

Результаты исследования. Результатом действия стресса является подавление иммунных процессов, понижается активность синтеза иммуноглобулинов, антител, с последующим снижением и напряжением в работе клеточного иммунитета. Такие изменения взаимоотношений происходят на гормональном уровне и в сочетании с повышением концентрации прогестерона и эстрогенов могут служить основой для нарушения ОМЦ.

В то же время известно, что стрессовые ситуации, дополнительные умственные нагрузки уменьшают долю овуляторных циклов, то есть прослеживается прямая зависимость характера менструального цикла от психоэмоционального состояния девушек.

Психоэмоциональное напряжение приводит к активации гипоталамо-гипофизарной системы, что в свою очередь инициирует снижение концентрации прогестерона, увеличение секреции ЛГ и ФСГ, что приводит к нарушению функции в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Возрастание эмоционального напряжения может приводить к развитию недостаточности лютеиновой фазы, приводящей к ановуляции или аменорее.

Разные периоды становления функции половых желез имеют различную ответную реакцию организма на стресс. У девушек-подростков стресс приводил к нарушению регуляции менструального цикла, задержке сроков наступления менархе, повышению частоты проявлений гиперандрогении.

Аналогичные данные об отклонении в становлении менструальной функции в пубертате указывает А. Н. Баранов, отмечая в качестве причины длительное психоэмоциональное напряжение, неблагоприятные социально-бытовые условия и стрессовые ситуации.

Развитие стресс-реакции при действии эмоциональных и других значимых раздражителей оказывает влияние, как на весь организм, так и на его отдельные системы, что негативно может отражаться, в частности, и на репродуктивную систему. ГГАКС может снижать репродуктивную активность как на уровне центрального, так и периферического звеньев регуляции, при действии кортизола подавляется секреция ГнРГ, ЛГ и эстрадиола.

Вывод. Показатели индекса массы тела и исходного вегетативного тонуса дают возможность выявить индивидуальные различия в содержании половых гормонов и их стресс-индуцированной динамике и определить эффективность профилактических мероприятий.

Изучение медико-социальных и медико-организационных факторов риска показало, что среди медико-социальных факторов риска формирования отклонений менструальной функции наиболее значимы: неполноценное питание, психоэмоциональный стресс, бытовая неустроенность, низкий доход в семье, что указывает на необходимость дополнительного детального изучения факторов, способствующих формированию отклонений в функционировании репродуктивной системы в каждом отдельно взятом случае, и проведения мероприятий по коррекции расстройств менструальной функции и репродуктивного здоровья в целом.

БОШ МИЯ СЕРОТОНИН РЕЦЕПТОРЛАРИГА НИСБАТАН АУТОАНТИТАНАЧАЛАР МИҚДОРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ГИПОТЕРИОЗ ҲОЛАТИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

Мўминова Г.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Тиреоид гормонлар инсоннинг бутун умри давомида марказий нерв тизими фаолияти, ривожланиши ва барқарорлигини таъминлаш учун зарур. Шу сабабдан, ушбу гормонларнинг меъёридан кўпайиши ёки камайиши бош мия учун зарарлидир. Вояга етган организмларда гипотериоз когнитив бузилишлар билан биргаликда нейродегенератив жараёнларга олиб келиши мумкин . Гипотериоз оқибатида энцефалопатия, полиневропатия, миопатия, эпилепсия ва бошқа касалликлар юзага чиқиши мумкин. Гипотериозда нерв системаси шикастланишининг эрта босқичлари клиник жиҳатдан сезиларли бўлмаса ҳам, кейинчалик диққатни жамлай олмаслик, хотира пастлиги, депрессия ҳамда когнитив бузилишлар билан биргаликда чуқур нейродегенератив касалликларга олиб келиши мумкин.

Мақсад: экспериментал гипотериозда қон зардобида серотонин рецептори (Ser-R) нисбатан аутоантитаначалар кўрсаткичлари ўзгаришларига L-тироксин ва нейропротекторлар таъсирини аниқлашдан иборат.

Материал ва усуллар: Тадқиқотда мақсадга эришиш учун 120 та оқ каламушларга 2,5мг/100г дозада мерказолил 21 кун давомида меъда ичига киритилиш йўли билан гипотериоз ҳолати моделлаштирилди. Сўнг 10 кундавомида даволанди. Иммунофермент таҳлил усулида «ЭЛИ-Н-Тест» тўплами (Россия) ёрдамида каламушлар қон зардобида Ser-Rга нисбатан аутоантитаначалар миқдори аниқланди.

Натижалар: I гуруҳ – интакт каламушларда барча рецепторларга нисбатан иммунореактивлик - 20%...+10% оралиғида меъёрида эканлиги қайд қилинди.

21 кунлик гипотериоз моделлаштирилган каламушларда эса барча кўрсаткичлар меъёрий кўрсаткичлардан баланд эканлиги аниқланди. Энг юқори кўрсаткичлар серотонин (Ser-R) рецепторлари учун хос бўлиб, 28,83%ни ташкил этди.

30 кунлик гипотериоз моделлаштирилган каламушларда серотонин рецептори (Ser-R)га нисбатан аутоантитаначалар миқдори қисман камайди, қолган аутоантитаначалар кўрсаткичлари эса ортди. Лекин, барча кўрсаткичлар меъёрдан юқорилигича сақланиб қолди

L-тироксин билан даволанган каламушларда серотонин рецепторларига нисбатан аутоантитаначалар миқдорининг қисман пасайиши кузатилди. Лекин аутоантитаначалар миқдори меъёрий кўрсаткичларидан юқорилигича сақланиб қолди.

Нейромак ва сомазина препаратлари L-тироксин билан бирга юборилган каламушларда эса аутоантитаначалар миқдори сезиларли пасайиши аниқланди. Лекин ушбу препаратлар ҳам аутоантитаначалар миқдорини тўлиқ меъёрлаштирмади. L-тироксин билан ушбу нейропротекторларни комбинациялашган таъсири L-тироксинни таъсиридан самаралироқ таъсир кўрсатди.

Хулоса:. Тадқиқот натижаларига кўра, серотонин рецепторларига нисбатан аутоантитаначалар миқдорининг ортиши гипотериозда иммун тизим функциясидаги патогенетик ўзгаришлар, когнитив бузилишлар ҳамда нейродегенератив жараёнлардан дарак беради ва ушбу ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида L-тироксин билан бирга нейропротектор препарат қўллаш мақсадга мувофиқдир.

ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ ГИПОТЕРИОЗДА БОШ МИЯДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НЕЙРОПРОТЕКТОР ТАЪСИРИНИ УРГАНИШ

Муминова Г.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация.Сурункали гипотериоз мияда турли морфологик ўзгаришларни келтириб чикаради. Миядаги морфологик жараёнларни урганиш учун эксперементал гипотериоз модели хосил килинди. Бунинг учун суткасига 2,5мг/100 гр дозада 21 кун давомида ок каламушлар меъда ичига мерказолил юборилди. Сунг гурухларга ажратилиб 10 кун давомида биринчи гурух тироксин, иккинчи гурух тироксин ва “Нейромак” ёрдамида даволанди ва улардаги мия морфологиясидаги узгаришлар урганилди. Тироксин ва “Нейромак” комбинацияси ёрдамида даволанган гурухлардаги кўрсаткичлар меъёрга якинлашди.

Ишнинг максади: Эксперементал гипотериозда нейропротекторларнинг бош миядаги морфологик ўзгаришларга таъсирини аниклаш.

Материал ва усуллар. Гипотериоз моделини олиш учун оқ каламушларга 2,5 мг/100гр дозада меркозалин 21 кун давомида меъда ичига киритилиш йўли билан амалга оширилди. Гипотиреоз ҳолати шаклланганлигини тана харорати, тана вазнинг ортиши ва хайвонлар умумий ҳолати назорат қилиниб, ТТГ, Т3 ва Т4 гормонлари аниқланиб тасдиқланди. Гипотиреоз ҳолати чақирилган каламушлар 10 кун давомида тироксин ва «нейромак» нейропротектори билан даволанди. Хайвонлар декапитация усулида жонсизлантирилиб, бош мия пўстлоқ қавати ва гиппокампдан бўлакчалар олинди. Бош мия тўқима бўлакчалари формалиннинг 10% фосфат буферли эритмасида 72 соат қотирилди. Кейин сувсизлантирилиб, парафинга қуйилиб, ғишчалар тайёрланиб, гистологик кесмалар олинди. Гистологик кесмалар гематоксилин-эозин ва Нисcл бўёқларида бўялди ва ёруғлик микроскопи остида ўрганилиб, керакли соҳалари расмга туширилди.

Натижалар ва мухокама: Тажрибавий гипотиреозни тироксин ва нейромак нейропротектори билан коррекциялангандан кейин бош мия пўстлоғи ва гиппокамп тўқимасини микроскопик жиҳатдан ўрганилганда қуйидаги маълумотлар олинди. Гипотиреоз ҳолати комбинацияланган коррекция қилинган тажрибанинг 10-кунида бош мия пўстлоғи тўқимасида дисциркулятор, шиш ва дистрофик ўзгаришлар деярлик йўқлиги, фақат айрим майда капиллярлар атрофида майда ўчоқли локал шиш жараёни сақланиб қолганлиги кузатилади. Бу даврнинг ўзига хослиги бош мия пўстлоғи тўқимасида юқорида кўрсатилган диффуз глиоз жараёнининг бироз авж олганлиги аниқланади. Морфологик жиҳатдан глиал ҳужайраларнинг ҳар хил шаклдалиги, айрим соҳаларида нейронлар атрофида концентрацияланган бўлса, бошқа жойларида қон томирлар атрофида тўпланганлиги кузатилади. Бош мия тўқимасининг нерв ҳужайралари олдинги дарлардан фарқли ўлароқ, зич жойлашганлиги, аксарияти ҳам гипертрофияланиб, ҳам гиперхромазияланганлиги аниқланади. Уларнинг ядролари гематоксилин билан тўқ ва диффуз ҳолда бўялиб, таркибида хроматини кўпайганлиги кузатилади. Бош мия тўқимаси Нисcл усулида бўялган бош мия тўқимасидаги барча нейронлар, жумладан пирамидал нейронлар ҳам нисбатан тўқ бўялганлиги, яъни улар

цитоплазмасида хроматофил модда миқдорининг кўпайганлиги ва тигроид модданинг нейронлар толалари бўйлаб тарқаб борганлиги аниқланади. Нейронлар ядролари асосан думалоқ ва ундаги ядрочалалри тўқ кўкга бўялганлиги кузатилади.Тажрибанинг кейинги даврлари, яъни 10-кунларга келиб, гиппокамп тўқимасида дисциркулятор, шиш ва дистрофик жараёнларга хос морфологик белгилар батомом йўқолганлиги кузатилади. Гиппокамп нейронлари ўзига хос, яъни тасмасимон кўринишдаги ҳужайралар тўпламини сақлаб қолган, тасма таркибидаги барча нейронлар, яъни чет қаторидаги думалоқ шаклдаги нейронлар, ўртада жойлашган пирамидал нейронлар ўзининг гистотопографик ва гистокимёвий тузилишини сақлаб қолган. Барча турдаги нейронлар цитоплазмаси эозин билан тўқ бинафша рангга, ядролари тўқ сиёҳ рангга бўялганлиги, уларнинг морфофункционал ҳолатининг фаоллашганлигидан далолат беради. Нейронлар тасмаси атрофидаги мия моддаси ҳам эозин билан оч бинафша рангга бўялган, таркибидаги глиал ҳужайралар ҳам морфологик жиҳатдан фаоллиги сақланиб қолган. Гиппокамп тўқимаси Ниссл усулида бўялганда, ундаги нейронлар морфофункционал ҳолатининг фаоллигини цитоплазмасидаги тигроид модданинг кўплиги, тарқоқ ҳолда ва интенсив бўялган ҳолдалиги тасдиқлайди . Хатто гиппокампнинг молекуляр қаватидаги сийрак жойлашган нейронлар цитоплазмасида ҳам тигроид модда кўп тўпланганлиги куринади.

Хулоса. Тажрибавий гипотиреозни тироксин ва нейромак билан комбинацияланган усулда коррекцияланганда тажрибанинг бошланғич давридан бошлаб бош мия ва гиппокамп тўқималарида дисциркулятор ва шиш жараёнлари стабиллашиб, камайганлиги кузатилади. Бош мия пўстлоғи ва гиппокамп тўқималарида периваскуляр ва перицеллюляр шишнинг йўқлиги, ҳам нейронлар, ҳам глиал ҳужайраларнинг морфофункционал ҳолатининг фаоллашуви, яъни буларнинг гипертрофия ва гиперпхромазияга учраши нейропротекторнинг ҳужайра мембрана тузилмаларини стимуллаши, улардаги ион ва насос тизимини яхшилаши, мембраналарни шикастловчи эркин радикалларнинг камайиши, антиоксидант тизимнинг стимулланишидан далолат беради.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА

Мусашайхов У.Х., Каримов Х.Я., Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.
Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема борьбы с тромбозами является наиболее актуальной для современного человека. От тромбозов сосудов ежегодно в мире погибает почти 25 млн человек. От артериального тромбоза, главными проявлениями которого служат инфаркт миокарда и ишемический инсульт, - более 18 млн, от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) – 7 млн человек. За последние 25 лет снижения количества ТЭЛА и венозных тромбозов нижних конечностей у мужчин не произошло, а частота данных заболеваний у женщин даже увеличилось.

Цель и задачи исследования. Раскрыть патогенетические механизмы развития гиперкоагуляционного синдрома и определить современный подход к диагностике этой тяжёлой патологии.

Материалы и методы исследований. Представлен опыт диагностики гиперкоагу- ляционных состояний в клинической практике.

Полученные результаты и их обсуждение. Рекомендуем следующий набор исследований для диагностики гиперкоагуляционных состояний: резистентность к активированному протеину С, фактор V Лейден и вариант 20210А гена протромбина, активность протеина С и концентрация свободного протеина S, активность АТ, активность VIII фактора.

Если вышеперечисленные результаты исследований будут в норме, тогда считаем целесообразным провести исследования в направлении дисфибриногенемии, а именно определение уровня фибриногена, а в случае значения <1,5 г/л — определение концентрации антигена фибриногена и тромбинового времени, а также активность IX, XI факторов и плазминогена.

Генетические исследования дают возможность обнаружить фактор V Лейден и вариант 20210А гена протромбина.

Оптимальное время проведения исследований 3–6 месяцев после тромботического инцидента (в острой фазе растет активность VIII фактора и снижается уровень АТ). Перед исследованием следует отменить антагонисты витамина К (АВК) на 2 недели и на это время заменить АВК гепарином. Обследования лучше всего выполнить из крови для исследования, проводят непосредственно перед приёмом следующей дозы лекарственного средства, обычно после 24 часов от последней дозы.

Показания для выполнения исследований в сторону тромбофилии: венозная тромбоэмболия (ВТЭ) без видимой причины у лиц до 50 лет, ВТЭ у больного с ВТЭ в семейном анамнезе, рецидивирующая ВТЭ, тромбоз нетипичной локализации (например, вены брюшной полости или ЦНС), гепарин индуцированная тромбоцитопения, тромбоз, развивающийся во время беременности, применения контрацептивов или гормональной терапии менопаузы, повторные выкидыши или рождение мертвого плода. Также у больных

в возрасте <50 лет с симптомами тромбоза в артериальной системе без факторов риска развития атеросклероза, например, у молодых больных с инфарктом миокарда или ишемией головного мозга.

Заключение. Своевременный и правильный подход к диагностике гиперкоагуляционных состояний позволит целенаправленно и патогенетически обоснованно наметить и провести в полном объёме лечебные мероприятия, что позволит избежать развитие тяжёлых осложнений заболевания и снизить тем самым летальность пациентов при этой тяжёлой патологии.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Мусашайхова Ш.М., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т.
Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Патогенетически эссенциальная тромбоцитемия представляет собой заболевание костного мозга, при котором пролиферация мегакариоцитов приводит к персистирующему гипертромбоцитозу с риском развития сосудистых тромбозов и тромбоэмболий. В последние годы достигнуты значительные успехи в расшифровке молекулярно-генетических механизмов эссенциальной тромбоцитемии, что позволяет пересмотреть принципы стратификации рисков и подходов к лечению, с созданием новых классов лекарственных препаратов, обладающих патогенетическим действием.

Цель и задачи исследования. Изучить практическое значение современных генетических методов в выявлении нарушений системы свёртывания крови и прогнозировании развития тромбоэмболических и геморрагичеких осложнений при эссенциальной тромбоцитемии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был выполнен систематический анализ литературы по современным лабораторным методам диагностики эссенциальной тромбоцитемии. Актуальность данной проблемы обусловлена важностью проведения анализа встречаемости основных, описанных на данном этапе, молекулярно- генетических маркеров клональности.

Полученные результаты и их обсуждение.

Ведущей гипотезой является полиэтиологичный характер возникновения заболевания, где предрасположенность к болезни реализуется под воздействием внешних факторов, повреждающих геном нормальной клетки и приводящих к её злокачественной трансформации. Наследственная предрасположенность к заболеванию может быть обусловлена носительством 46/1 гаплотипа гена JAK2. Одним из ключевых моментов патогенеза во всей группе хронических миелопролиферативных заболеваний, не ассоциированных с *BCR-ABL,* считается активация JAK-STAT сигнального пути, обусловленного наличием мутации *JAK2* V617F.

Мутация фермента янус-киназы 2 (JAK2) *JAK2V617F* присутствует примерно у 50% пациентов; JAK2 относится к группе ферментов тирозинкиназ и участвует в передаче сигнала для эритропоэтина, тромбопоэтина и колониестимулирующего фактора гранулоцитов (Г-КСФ) среди других единиц. Другие пациенты имеют мутации экзона 9 в гене калретикулина (*CALR*), и некоторые из них приобрели соматические мутации гена рецептора тромбопоэтина (*MPL*). Мутация гена TP53 выявлена в 45,5% эссенциальной тромбоцитемией в фазе бластного криза и только 4% в хронической фазе.

Заключение. Таким образом, молекулярно-генетическое исследование мутаций генов *JAK2*V617F, *JAK2*, *CALR, MPL,* TP53 играет исключительную роль в диагностике эссенциальной тромбоцитемии. Современные знания свидетельствуют, что мутация *JAK2*V617F не может быть первым событием в сложном патогенезе эссенциальной тромбоцитемии. Необходимы дополнительные исследования для уточнения роли других молекулярных событий в формировании фенотипа каждой отдельной нозологии в группе Ph-негативных миелопролиферативных новообразований. Новые данные имеют неоспоримое значение для синтеза таргетных препаратов для лечения данного заболевания.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ

Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.,Шамсутдинова Д.Б.,[1]Мусашайхов У.Х.
Республиканский специализированный научно-практический центр гематологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Эссенциальная тромбоцитемия (ЭТ) – миелопролиферативное заболевание с повышенной продукцией мегакариоцитов в костном мозге и тромбоцитозом в периферической крови. Относится к группе миелопролиферативных новообразований (МПН), является

редким (орфанным) заболеванием с частотой выявляемости от 1,5 до 2,5 случаев на 100 000 населения в год. Диагностика и лечение эссенциальной тромбоцитемии является актуальной проблемой современной гематологии. За последнее время интерес к ней вновь возрос, несмотря на то, что она являются относительно редким заболеванием системы крови. Она поражают преимущественно лиц зрелого и пожилого возраста, но в то же время нередко встречается и в молодом возрасте; отмечается тенденция к увеличению частоты диагностики эссенциальной тромбоцитемии.

Цель и задачи исследования. Изучить практическое значение современных генетических методов в выявлении нарушений системы свёртывания крови и прогнозировании развития тромбоэмболических и геморрагичеких осложнений при эссенциальной тромбоцитемии.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был выполнен систематический анализ литературы по современным лабораторным методам диагностики эссенциальной тромбоцитемии. Актуальность данной проблемы обусловлена важностью проведения анализа встречаемости основных, описанных на данном этапе, молекулярно- генетических маркеров клональности. Представляется целесообразным изучение вопроса о влиянии генетических перестроек на особенности клинического течения, возможное потенцирование рисков развития осложнений и в целом на прогноз эссенциальной тромбоцитемии. Полученные данные позволят улучшить оценку клинико-прогностической значимости носительства молекулярно-генетических перестроек при этой патологии и будут способствовать обновлению терапевтических подходов и алгоритмов, что позволит оптимизировать проводимое лечение и персонифицировать тактику терапии заболевания.

Полученные результаты и их обсуждение. Этиология заболевания до сих пор не установлена. Ведущей гипотезой является полиэтиологичный характер возникновения заболевания, где предрасположенность к болезни реализуется под воздействием внешних факторов, повреждающих геном нормальной клетки и приводящих к её злокачественной трансформации. Наследственная предрасположенность к заболеванию может быть обусловлена носительством 46/1 гаплотипа гена JAK2. Одним из ключевых моментов патогенеза во всей группе хронических миелопролиферативных заболеваний, не ассоциированных с *BCR-ABL,* считается активация JAK-STAT сигнального пути, обусловленного наличием мутации *JAK2* V617F, либо более редкими мутациями генов *MPL, TET2, ASXL1, CBL, IDH1/IDH2, LNK, EZH2,IKZF1/*Ikaros. При этом в настоящее время нет четкого объяснения развития при активации одного и того же сигнального пути JAK-STAT различных нозологических форм: истинной полицитемии, первичного миелофиброза или эссенциальной тромбоцитемии. Первоначальная мутация, приводящая к малигнизации гемопоэтической клетки при эссенциальной тромбоцитемии неизвестна, хотя приблизительно от четверти до половины больных эссенциальной тромбоцитемией имеют точечную мутацию в гене киназы-передатчика сигнала (*JAK2*) с рецептора эритропоэтина.

Мутация фермента янус-киназы 2 (JAK2) *JAK2V617F* присутствует примерно у 50% пациентов; JAK2 относится к группе ферментов тирозинкиназ и участвует в передаче сигнала для эритропоэтина, тромбопоэтина и колониестимулирующего фактора гранулоцитов (Г-КСФ) среди других единиц. Другие пациенты имеют мутации экзона 9 в гене калретикулина (*CALR*), и некоторые из них приобрели соматические мутации гена рецептора тромбопоэтина (*MPL*). Некоторые миелодиспластические синдромы (рефрактерная анемия с кольцевидными сидеробластами и тромбоцитозом -РАКС-Т и 5q-синдромом) могут сопровождаться повышенным количеством тромбоцитов.

Имеющиеся в литературе сведения о роли отдельных этих генетических маркеров малочисленны и противоречивы. Только детальное изучение популяционной особенности выше указанных генетических мутаций и оценка корреляции между генотипом и фенотипом заболевания могут позволить выбрать верную стратегию ранней диагностики и прогнозирования, разработки профилактических мероприятий тромбоэмболических и геморрагических осложнений у больных с эссенциальной тромбоцитемией. К сожалению, достаточно редкими остаются публикации, в которых авторами проводится анализ так называемых факторов риска развития выше указанных осложнений при эссенциальной тромбоцитемии. Наконец, существует множество нерешенных вопросов относительно целесообразности диагностики определенных полиморфизмов генов в клинической практике, что в значительной мере объясняется недостаточным количеством исследований, направленных на установление коррелятивных связей между особенностями клинического течения эссенциальной тромбоцитемии и наличием определенных маркеров в генотипе пациента. Вопрос о том, какие именно взаимодействия приобретенных и генетических факторов, а также ген-генные сочетания, определяют предрасположенность к развитию тромбоза и геморрагии, особенности течения остаётся открытым. Необходимость использования принципиально новых подходов при изучении основ генетической предрасположенности к таким видам осложнений при эссенциальной тромбоцитемии диктуется существующей на сегодняшний день концепцией о полигенном характере миелопролиферативных заболеваний, которая постулирует наличие в подавляющем большинстве случаев тромбоэмболических заболеваний не одного, а нескольких генетических вариантов, независимо или синергично модифицирующих риск развития заболевания.

Заключение. Таким образом, молекулярно-генетическое исследование мутаций *JAK2*V617F, *JAK2* exon12, *MPL*W515K/L и *CALR* играет исключительную роль в диагностике классических Ph-негативных миелопролиферативных новообразований. Тем не менее, в возникновении, развитии данных заболеваний

принимают участие гены, контролирующие передачу сигналов внутри клетки, ремоделирование хроматина, метилирование ДНК, онкогены и опухолевые супрессоры. Современные знания свидетельствуют, что мутация *JAK2*V617F не может быть первым событием в сложном патогенезе эссенциальной тромбоцитемии. Необходимы дополнительные исследования для уточнения роли других молекулярных событий в формировании фенотипа каждой отдельной нозологии в группе Ph-негативных миелопролиферативных новообразований. Новые данные имеют неоспоримое значение для синтеза таргетных препаратов для лечения данного заболевания.

NEUROPROTECTION IN NON-PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY.

Mustafaeva M-E.K., prof. Bakhritdinova F.A., Narzikulova K.I.
Tashkent Medical Academy

One of the most dangerous complications of diabetes mellitus is diabetic retinopathy (DR), which is one of the main causes of visual impairment and blindness [1]. Early diagnosis and maintenance of normal functioning of the retinal and optic nerve tissues at the initial stages of DR development can be considered as an extremely important stage of secondary prevention. The progression of DR (edema, ischemia, and retinal microinfarction) leads to hypoxic and morphological damage to neuroepithelial cells [2], which, in our opinion, determines the appropriateness of including neuroprotectors in the complex of conservative therapy. Thus, one of the drugs of interest is the new-generation drug Medotylin (choline alfoscerate), the most important feature of which, unlike other neuroprotective drugs, is easier penetration through the blood-brain barrier, both with parenteral and oral administration. The ability of the drug to normalize blood flow and bioelectric activity of nerve cells, as well as to improve the plasticity of nerve cell membranes by synthesizing membrane phospholipids may, in turn, have a positive effect on the restoration of visual functions in DR.

Purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of the drug Medotylin in patients with non-proliferative stage of DR.

Materials and methods. A study of 60 patients (120 eyes) with non-proliferative DR, developed as complication of type 2 diabetes, was conducted. The average age was 57.3 ± 5.7 years. The study included patients with non-proliferative diabetic retinopathy without any other eye pathology. Depending on the treatment, all patients were divided into 2 groups. The control group included 30 people (60 eyes) who received traditional neuropretective therapy with intravenous administration of 10 ml-20% Piracetam for 10 days. The main group consisted of 30 people (60 eyes), who instead of the neuroprotective drug "Piracetam" got injections of 1g of the neuroprotective drug "Medotylin". All patients also underwent etiological treatment prescribed by an endocrinologist: hypoglycemic, angioprotective and general strengthening therapy.

Results. As a result of the treatment received in the main group, a significant increase in visual acuity (on average by 0.14 ± 0.02) was noted. In the control group, visual acuity did not change significantly, and its increase was not statistically significant.

The results of static computer perimetry after treatment showed a statistically significant ($p < 0.05$) increase in average retinal photosensitivity and foveal photosensitivity by an average of 3.3 ± 0.4 dB (14.1%) and 4.4 ± 0.2 dB (15.6%). The positive dynamics of perimetric indicators was manifested in a decrease in the area, depth, and number of relative and absolute scotomas, some of which were converted to relative ones. In general, positive dynamics was observed in 80% of patients in the main group (48 eyes). In the control group, all the studied perimetric parameters after treatment remained almost at the initial level.

The analysis of electroretinographic parameters obtained immediately after the treatment showed a statistically significant improvement in the parameters of the cone-ERG (kERG) and normalization of oscillatory potentials in the main group ($p<0.05$) by an average of 3.2 ± 0.3 MV and 4.1 ± 0.2, respectively.

In the control group, electroretinographic parameters did not show significant changes ($p>0.05$). In general, a certain positive trend was observed in 82.3% of cases (49 eyes) in the main group and in 22.6% of cases (13 eyes) in the control group.

Conclusion. The analysis of the results of clinical studies showed that there was a significant positive dynamic of a number of studied functional and electrophysiological parameters associated with the effect of this drug on the nervous tissue of the retina and optic nerve and its protection from the effects of metabolic and hypoxic damage in patients with DR in the groups of patients receiving the drug Medotylin. All this allows us to recommend the above-mentioned method of complex rehabilitation treatment of patients with diabetes mellitus at the initial stages of non-proliferative DR.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПРЕДДИАБЕТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Мухаммедова В.М.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Сахарный диабет является одной из глобальных проблем современности. Растущие уровни заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности от сахарного диабета ставят перед врачами первого контакта вопросы необходимости ранней диагностики и коррекции преддиабета и сахарного диабета, в том числе в условиях городских поликлиник, с целью назначения своевременной, адекватной терапии и профилактики возможных осложнений.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей раннего активного выявления преддиабета и сахарного диабета в условиях отделения профилактики поликлиник г. Андижана. А также выявление заинтересованности пациентов в обучении в "Школе пациента с сахарным диабетом" и укреплении своего здоровья.

Материалы и методы исследования. В соответствии с намеченной целью и задачами исследования нами были определены следующие методы: теоретический анализ руководящих документов и специальной литературы по теме исследования; изучение статистической документации отделения профилактики городской поликлиники и статистических данных Андижанскому региону; экспериментальный метод, включающий проведение анкетирования, интервью с пациентами, анализ и обобщение полученных данных.

Результаты исследования. Нами проведен опрос 30 человек, прошедших курс обучения в «Школе пациента с СД». Из них 90% (27 чел.) составили женщины, 10% (3 чел.) - мужчины, средний возраст 55±0,25 лет. Респондентов просили ответить на вопросы по оценке качества работы отделения профилактики лечебно-профилактического учреждения и доступности образовательной медицинской помощи; вопросы по удовлетворенности взаимодействием пациента с врачом, проводившим занятия; вопросы по оценке организации работы «Школы пациента с СД», в том числе оценка пациентом длительности ожидания запланированных курсов, времени занятий.

Были заданы вопросы, касающиеся информированности пациентов о возможности прохождения диспансеризации на территории ЛПУ и обучения в Школах здоровья. Подавляющее большинство опрошенных (87%) остались довольны обучением 57% (17 чел.) - ответили «да, весьма удовлетворены», 30% (9 чел.) - «скорее, да, удовлетворены», всего 13% (4 чел.) ответили «скорее, не удовлетворен», в графе «не удовлетворены» ответов не было. Все проанкетированные согласны посещать

Школы здоровья по другой тематике: большинство из них (75%) высказались за проведение образовательных циклов, посвященных вопросам питания при разных, прежде всего сердечно-сосудистых, заболеваниях. 100% респондентов знают о диспансеризации, порядке и сроках ее проведения. Сведения почерпнули из средств массовой информации (ТВ, газеты, интернет) 44%, и такое же количество (43%) - узнали лично при обращении в регистратуру поликлиники.

Вывод. Таким образом**,** роль отделений профилактики городских поликлиник в проведении диспансеризации населения нельзя переоценить. Возможность раннего активного выявления факторов риска развития ХНИЗ, в том числе СД, вносит существенный вклад в снижение бремени тяжелых социально значимых заболеваний.

Врачи отделений профилактики не только проводят работу по выявлению факторов риска преддиабета, первых симптомов сахарного диабета, но и участвуют в предупреждении серьезных проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную жизнедеятельность пациентов, имеющих установленный диагноз.

Проведение занятий в «Школе сахарного диабета» способствует повышению личной ответственности пациента за сохранение и укрепление своего здоровья, углублении знаний в отношении своего заболевания, привлечению пациента к решению возникающих проблем самостоятельно, формированию партнерских отношений между врачом и пациентом.

ОЦЕНКА ПОЧЕЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Мухидов У.Р., Худойбердиев Д.К., Собиров Ш.Ш.
РНЦЭМП Бухарский филиал

Актуальность проблемы. В настоящее время с ростом заболеваемости артериальной гипертонией поиск алгоритма диагностических методов обследования до сих пор остается актуальным. Одним из

методов изучения органного кровообращения и в частности почечного кровообращения является допплерография. Выявление больных с вазоренальной (симптоматической) гипертензией при классическом ультразвуковом исследовании весьма затруднительно, а с помощью допплерографии можно определить участок стеноза почечной артерии или аневризму. Несмотря на очевидную важность оценки кровообращения при АГ и заболеваниях мочеполовой сферы, приходиться признать, что простой, быстро выполнимый, достоверный и неинвазивный метод, которым является УЗДГ до сих пор не занял достойного места в комплексном обследовании больных с АГ в амбулаторных условиях.

Цель исследования улучшить результаты диагностики больных с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях путем широкого внедрения УЗДГ.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 40 пациентов обоего пола, страдающие АГ 3 степени, малосимптомной, резистентной к гипотензивной терапии. Для исследования почек использовали ультразвуковой аппарат MINDRAY DC-7 (Китай). Продольное и поперечное сканирование осуществляли в режиме реального масштаба времени конвексными датчиками 3,5 МГц, в В-режиме и в режиме цветового картирования кровотока и допплерографии сосудов почек.

Результаты. Для визуализации почечных артерий и получения допплеровской информации принимали различные доступы: передний трансабдоминальный, задний или транслюмбальный и латеральный. При этом определили почечные артерии практически на всем их протяжении от устьев до ворот почки. При анализе показателей, полученных с помощью переднего и латерального доступов, выяснилось, что оба достаточно равнозначно информативны. При начальной стадии заболевания значимой разницы в толщине паренхимы пораженной и здоровой почек не выявлено.

При проведении анализа показателей кровотока в сосудах почек в группе контроля у лиц с нормальным уровнем артериального давления обнаружена корреляция между уровнем индексов резистентности в магистральной артерии(ПА) и разницей между максимальной и минимальной скоростью(dVven) в магистральной вене(ПВ), справаr = 0,5; слеваr = 0,68. Установлено, что пациенты с разницей максимальной и минимальной скорости в ПВdVven≤20 см/с имеют более низкие показатели RI. Этот показатель принят за условную норму. В группе контроля при dVven ≥21 см/с в правой ПАRI = 0,628±0,004; слева– RI = 0,629±0,003. При dVven≤20 см/с справа RI = 0,582±0,002; слева RI = 0,587±0,002 ($p < 0,05$). Показатель dVven≥21 см/с принят за границу патологического нарушения кровотока в магистральной почечной вене. Одностороннее нарушение оттока из почек в 51,7 % случаев сопровождается асимметрией индексов резистентности в почечных артериях dRI ≥0,05; а величина асимметрии dRI ≥0,03 зарегистрирована в 89,65%. При отсутствии асимметрии венозного оттока (dVven< 21 см/с обеих сторон илиdVven ≥21 см/с с обеих сторон) разница в индексах резистентности в правой и левой почечных артериях dRI ≤0,01 встречается в71,8%.

Выводы. У практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 60 лет в магистральных почечных венах допплерографические показатели кровотока составляют: справа: Vven max= 23,5±0,48 см/с; Vven min= 10,17±0,43 см/с; dVven = 13,36±0,39 см/с; – слева: Vven max= 24,5±0,46 см/с; Vven min= 8,64±0,47 см/с; dVven =15,86±0,46 см/с. У больных гипертонической болезнью можно условно выделить четыре варианта состояния ренального кровотока, имеющие значение для выбора антигипертензивной терапии; 1-й нормальные показатели артериального и венозного почечного кровотока; 2-й изолированные нарушения артериального кровотока в виде асимметрии скоростных и резистивных показателей, повышения RI ≥0,70; 3-й изолированные нарушения венозного оттока из почки; 4-й сочетанные нарушения артериального и венозного почечного кровотока.

ЮЗ НЕРВИ НЕЙРОПАТИЯСИДА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Назарова Г.Т., Камолдинова Д.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш маълумотлари бўйича болаларда периферик нерв системаси касалликлари орасида юз нерви неврити энг кўп учраб, ушбу касалликлар орасида 2-ўринни эгаллайди. Болаларда касалликнинг оқибати катталарга нисбатан яхши сифатли бўлса ҳам баъзи тадқиқотчиларнинг маълумотларига кўра асоратлар 5%-50% ни ташкил қилади.

Касалликнинг ёмон кечишида беморларда ҳуснининг бузилиши уларнинг рухий ҳиссий ҳолатида ўз аксини топади. Шу билан боғлиқ равишда болалардаги юз нерви невритини адекват даволаш ва асоратларни камайтириш долзарб муаммо ҳисобланади.

Тиббий амалиётдан маълумки, юз нервининг фалажини соғайиш кўрсаткичи 80-85% ни ташкил этади. 5-15% беморларда мушаклар контрактураси, яъни қотиб қолиши мумкин. Мимик мускуллар контрактураси патологик синкинезиялар билан юз нервининг асорати сифатида кузатилиб, кўплаб неврологлар, нейростоматологлар, косметологлар ва реабилитологларнинг эътиборида бўлади.

Кенг тарқалган асоратлар 25-30% бўлиб, уларга турли даражада ифодаланган прозапарезлар, синкинезия ва дискинезия патологияси билан мимик мускуллар контрактураси киради.

Мавзунинг мақсади. Юз нерви нейропатиясида неврологик етишмовчиликни эрта коррекциясининг мезонларини ишлаб чиқиш.

Материаллар ва тадқиқотлар усуллари. Илмий изланишлар 2021 йил январ-март ойларида Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг неврология бўлимидаги 30 нафар беморлар билан олиб борилди.

Тадқиқот натижалари: Юз нерви нейропатиясида неврологик етишмовчиликни эрта коррекция қилишда электростимуляция усулини тадбиқ қилиш билан медикаментоз даво самарадорлигини оширишга эришилди. Юз нерви нейропатиясининг даволаш чора-тадбирлари юз соҳасида қон ва лимфа айланишини кучайтириш, нерв ўтказувчанлигини яхшилаш, мимик мускуллар функциясини тиклаш ҳамда мускуллар контрактурасини олдини олиш ҳисобланади. Электростимуляция – касаллик ёки жароҳат натижасида ўзининг нормал функциясини йўқотган тўқима, орган, системалар, асосан нерв ва мускулларда импульс токлардан фойдаланган ҳолда тиклаш. Электростимуляция марказий нерв системаси (бош ва орқа мия) фаоллигини тартибга солиб, нерв-мускул аппарат фаолиятини, мускул тонуси ва мускул ҳажмини тиклайди, нерв ва мускулларни озиқлантирувчи артериал ва веноз қон айланинишини кучайтиради, шунингдек оғриқ қолдирувчи самарага эга.

Хулоса: Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг неврология бўлимидаги 30 нафар беморлардан 17 нафар беморларда ўтказилган электростимуляция усули натижасида беморлардаги мимик синамаларни нормал ҳолатга қайтиши медикаментоз усулда олиб борилган 13 нафар беморларга нисбатан тезроқ ва асоратсиз кечди. Демак, юқоридагиларни инобатга олган ҳолда электростимуляция усули самарали усул ҳисобланади.

THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF ELECTRICAL STIMULATION FOR NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE

Nazarova G.T., Kamoldinova D.B.
Andijan state medical institute

Relevance. A special place among diseases of the peripheral nervous system is occupied by neuropathy of the facial nerve. The search for new effective methods of treating peripheral neuropathy of the facial nerve, despite many years of research by a number of scientific schools, remains relevant.

Neuropathy of the facial nerve occurs in people of all age groups and ranks first among the lesions of the cranial nerves in terms of frequency of occurrence. The number of patients with this pathology has been steadily increasing in recent years.

In the genesis of neuropathy of the facial nerve of various etiology, great importance is attached to angiospasm or compression (in conditions of congenital or acquired narrowness of the facial nerve canal) of the small branches of the external carotid artery, which are involved in its vascularization. Neuropathy is manifested by unilateral paralysis or paresis of the facial muscles due to dysfunction or anatomical integrity of the peripheral portion of the facial nerve. A motor deficit of facial muscles complicates speech, closing the eyelids, eating, and a cosmetic defect involuntarily attracts the attention of others and the patient, which affects his psychological.

The use of traditional methods in this pathology does not always give a positive result, despite a significant arsenal of drugs and physiotherapy methods, various complications often remain (contractures of facial muscles, synkinesis). This predetermines the need to develop new therapeutic technologies and optimize existing methods of treatment by changing the modes and methods of prescribing physical factors in this contingent of patients.

Currently, the principle of complex treatment of patients is widely used. The traditional method of complex treatment is the combined use of physiotherapy, in which several physical factors are prescribed in a certain time sequence one after another, on the same day or on different days of the course of treatment. Methods of electrical stimulation of neuromuscular structures are widely used in clinical practice for the treatment of peripheral paresis and paralysis. The use of electrical stimulation makes it possible to compensate for the functional deficit of intrasegmental reflex impulses, improves trophism and increases the power of muscle contraction, the activity of neuromuscular spindles, and also activates microcirculation and metabolism in muscle tissue and trunks of peripheral nerves. Electrical stimulation is used to prevent muscle atrophy and disruption of nerve connections as a result of their inactivity, as well as to restore the functional activity of structures that are lost during neural damage. Electrical stimulation with paired impulses led to a significant acceleration of the processes of myelination and differentiation of the affected nerve fibers and muscle reinnervation, while having a less pronounced irritating effect.

Purpose of the study. To develop optimal methods of restorative treatment of patients with peripheral neuropathies of the facial nerve using electrical stimulation with paired impulses, therapeutic exercises and manual massage, depending on the timing of the disease.

Materials and research methods. The study was conducted in January-March 2021 with the participation of 30 patients with facial nerve neuropathies of the Regional Children's Multidisciplinary Medical Center. The patients were divided into two groups according to the age of the disease (from 2 weeks to 2 months, from 2 months

and later) and into two subgroups according to the results of electroneuromyographic diagnostics, with demyelinating and axonal neuropathies.

Research results. Under the influence of the courses of therapeutic effects, there was a decrease in complaints of facial asymmetry, lacrimation in all the groups under consideration. However, the most pronounced dynamics was observed in patients of the first group, who received electrical stimulation with paired impulses, therapeutic exercises and manual massage. Facial asymmetry decreased by 76.6%, lacrimation by 58.35%, dry eye by 69.5%. An objective study in patients of the second group who received electrical stimulation with paired impulses, therapeutic exercises and manual massage showed a decrease in the weakness of the facial muscles by 62%, dry eyes by 69%.

In general, the effectiveness of complex treatment of patients in the early stages of the disease (from 2 weeks to 2 months) using paired electrical stimulation, therapeutic exercises and manual massage was 96.7%, and in patients with late stages of the disease (from 2 months) using electrical stimulation with paired impulses, therapeutic exercises and manual massage 91.5%, respectively.

Conclusion. The use of electrical stimulation with paired impulses in combination with therapeutic exercises and manual massage provides high (96.7%) therapeutic efficiency in patients with peripheral neuropathies of the facial nerve in the early stages of the disease (from 2 weeks to 2 months). In patients with peripheral neuropathies of the facial nerve in the late stages of the disease (from 2 months), a complex that includes therapeutic exercises, manual massage, and electrical stimulation with paired impulses is most effective. The effectiveness of the treatment was 91.5%.

CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF PROGRESSIVE MUSCULAR DYSTROPHIES

Nazarova G.T.
Andijan state medical institute

Relevance. Neuromuscular diseases (NMD) are a heterogeneous group of diseases based on genetically determined damage to a certain anatomical structure of the neuromuscular apparatus. The urgency of the NMD problem is determined by the high total prevalence of this group of diseases in the population and severe disability of patients. According to the international database of genetic information, more than 7,500 hereditary syndromes are known, of which more than 500 occur with damage to the nervous system, including about 200 nosological forms of neuromuscular pathology. The frequency of NMD is 1.3–12.9 per 100,000 thousand population.

The total prevalence of progressive muscular dystrophies (PMD) is 200 cases per 1,000,000 population, which makes them one of the most common forms of hereditary pathology. The most common in the structure of PMD is Duchenne PMD - 9.6 per 100,000 male population, Becker PMD - 5.0 per 100,000 thousand. The frequency of occurrence of other forms of PMD in the population is lower. The prevalence of PMD Landusi - Dejerine is 2.9 per 100,000 thousand.

The data of the world literature made it possible to state that neuromuscular pathology is the most common group among all hereditary diseases of the nervous system. In this regard, the problem of early diagnosis is of great practical importance, primarily because many forms are classified as curable, and their course and outcome are determined by the timing of the start of treatment. Late diagnosis is associated with missed therapeutic opportunities.

The clinical and syndromological method of diagnosis in NMZ is based on the study of the history and assessment of the clinical condition. Different types of LMSP, regardless of the gene involved, have similar clinical manifestations. The disease often debuts in childhood - 5-12 years. The syndrome of muscle weakness in NMZ is the basis of the clinical symptom complex and is represented by the following criteria for motor-reflex disorders: - symmetric muscle weakness and hypotrophy of the extremities, clinically characterized by impaired gait function (duck gait); difficulty running, jumping, walking on heels. Often there is a violation of the letter, difficulty in buttoning up the buttons.

But the above clinical manifestations are irreversible and progress over time. Early preclinical detection of characteristic biochemical changes in PMD and their early correction is urgent. In this regard, we have set ourselves the following goal.

Purpose of the study: to study the clinical, neurophysiological and biochemical features of PMD in the Andijan region and to develop issues of optimizing their diagnosis and treatment.

Research results. It is planned to examine 70 children with PMD in 3 groups: Duchenne, Erba-Rota and Landuzy-Dejerine. Control group - 30 healthy children.

Research methods:

1. Clinical and neurological examination.
2. Electroneuromyography.
3. Analysis of CPK, LDH in the blood.

Output. Early clinical signs, an increase in the activity of AST, ALT, creatine phosphokinase in the blood are the basis for the appointment of a molecular genetic study. This scheme can be used when making a

diagnosis of PMD in order to reduce the lengthy search for non-existent neurological and infectious pathology, timely prescribe adequate therapy and improve the quality of life of a sick child.

EPIDEMIOLOGY OF MULTIPLE CHRONIC DISEASES IN THE FEMALE POPULATION OF CHILDBEARING AGE IN ANDIJAN

G. U. Nazarova
Andijan State Medical Institute

Of interest was the study of epidemiology and aspects of the prevention of multiple chronic diseases (polypathies) in the populations of women of fertile age (FFW) in the Ferghana Valley of Uzbekistan, where research in this direction has been conducted since the 70s, some experience has been gained and great importance is attached to the quantitative combination of various non-communicable diseases and their risk factors.

THE AIM of the STUDY was to study the prevalence of the main multiple chronic non-communicable diseases (polypathies) among the unorganized population of women of fertile age in the city of Andijan in the Ferghana Valley.

Materials and methods: As the objects of the study, the districts of Andijan were selected, which, according to statistical indicators, met all the requirements of representativeness and a 10% representative sample of women aged 15-49 was formed in the number of 1598 people

Results and discussion: It was found that the prevalence of polypathies increases with the age group up to 20 years (43.0%), then with increasing age, the frequency of multiple chronic diseases increases linearly and statistically significantly, amounting to 76.2% in the age group 20 -29 years ($P < 0.01$), 94.7% in the age group up to 39 years ($P < 0.01$) and 98.6% in the age group 40 -49 years ($P < 0.05$). Most often, the examined women aged 15-49 years have 2 CNS (84.7%), followed by a combination of 5 CNS (41.8%), with approximately the same frequency registered in women with one and four CNS in 56.7% and 57.9% of cases, respectively.

At the age of co 20 years, only 4.4% of the examined patients did not have CNS. At least one CNS was detected in 10.5% of the examined patients, a combination of two CNS was observed in 12.3% of the examined patients, 3 CNS - in 7.9%, 4 CNS - in 5.3% and 5 CNS - in 2.6% of women.

Among women under the age of 29, only 7.8% of the examined patients did not have chronic multiple organ pathologies; at least one CNS was noted in 17.4%. A combination of two or more chronic multiple organ pathologies was found in half of the examined patients - in 50.9%. In 12.3% of women, one chronic pathology was detected, in 15.7% - three, in 10.7% - four, and in 3.6% - all 5 CNS at the same time.

In the age group up to 39 years, 94.7% of women have polypathies with the number of diseases 2 or more. Among them, only 11.3% of women did not have CNS, 21.4% had one CNS, 26.0% had 2 CNS, 21.4% had three, 13.8% had four, and 6.7% had all 5 CNS at the same time. A combination of two or more chronic diseases is quite common (59.6%, $P < 0.01$). According to our data, the highest frequency of polypathies is observed among women aged 40-49 years - 98.6%. In this group, only 0.3% of the examined patients had no analyzed pathologies. The examined patients have 1 CNZ - 4.7%, 2 CNZ - in 15.6%, 3 CNZ - in 19.9%, 4 CNZ-in 23.1% and 5 CNZ - in 35.0% of cases.

Conclusions: 1. Among the female population of fertile age, there is a fairly high prevalence of multiple chronic diseases (polypathies). Almost half of the women have a combination of four or five chronic pathologies.

2. Intensive accumulation of chronic multiple organ pathologies with the number of diseases of two or more, bi-and polycausal risk factors occurs in the reproductive age of the female population. A peculiar "peak" of polypathies and various combinations of endogenous risk factors falls on the age groups of 30-39 and 40-49 years.

3. The proposed project of the epidemiological study of polypathies in the populations of VHF and their risk factors contributes to the development of optimal approaches to the prevention of multiple diseases at the individual and communal levels.

4. It seems appropriate to conduct epidemiological studies on a regular basis starting from early adolescence, and to carry out measures for the integrated prevention of polypathies on a regular basis and on a regular basis in various groups of women of childbearing age in large numbers with the forces of district doctors and GPOs, regional branches of the centers for "Health" and prevention of CNS.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА

Г.У. Назарова
Андижанский Государственный Медицинский Институт

Интерес представляло изучение эпидемиологии и аспектов профилактики множественных хронических заболеваний (полипатий) в популяциях женщин фертильного возраста (ЖФВ) Ферганской

долины Узбекистана, где начиная с 70-х годов проводятся исследования в этом направлении, приобретен определенный опыт и большое значения придаётся количественному сочетанию различных неинфекционных заболеваний и их факторов риска.

Цель исследования - изучение распространенности основных множественных хронических неинфекционных заболеваний (полипатий) среди неорганизованной популяции женщин фертильного возраста г. Андижана Ферганской долины.

Материал и методы: В качестве объектов исследования было выбрано районы г. Андижана, которые по статистическим показателям отвечали всем требованиям репрезентативности и была сформирована 10%-ная репрезентативная выборка женщин 15-49 лет в количестве 1598 человек

Результаты и обсуждение: Выявлено, что распространенность полипатий увеличивается с возрастной группы до 20 лет (43,0%), затем по мере нарастания возраста частота множественных хронических заболеваний линейно и статистически достоверно возрастает, составляя 76,2% в возрастной группе 20 -29 лет ($P < 0,01$), 94,7% в возрасте до 39 лет ($P < 0,01$) и 98,6% в возрастной группе 40 -49 лет ($P < 0,05$). Чаще всего у обследованных женщин 1 5 - 4 9 лет встречается 2 ХНЗ (84,7%), затем сочетание 5 ХНЗ (41,8%), приблизительно одинаковой частотой регистрируется женщины с одним и четырьмя ХНЗ в 56,7% и 57,9% случаев соответственно.

В возрасте цо 20 лет лишь у 4,4% обследованных не определялись ХНЗ. Хотя бы одна ХНЗ была выявлена у 10,5% обследованных, сочетание двух ХНЗ отмечено у 12,3% обследованных, 3 ХНЗ - у 7,9%, 4 ХНЗ - у 5,3% и 5 ХНЗ - у 2,6% женщин.

Среди женщин в возрасте до 29 лет лишь у 7,8% обследованных не определялись хронические полиорганные патологии; хотя бы одна ХНЗ отмечена в 17,4%. Сочетание двух и более хронических полиорганных патологий установлено у половины обследованных - в 50,9%. У 12,3% женщин выявлена одна'хроническая патология, у 15,7% - три, у 10,7% - четыре и у 3,6% - все 5 ХНЗ одновременно.

В возрастной группе до 39 лет 94,7% женщин имеют полипатий с числом заболеваний 2 и боле. Среди них только у 11.3% женщин не было ХНЗ, у 21,4% выявлена одна ХНЗ, у 26,0% - 2 ХНЗ, у 21,4% - три, у 13,8% - четыре и у 6,7% - все 5 ХНЗ одновременно. Довольно часто встречается сочетание двух и более хронических заболеваний (59,6%, $P < 0,01$).

По нашим данным самая высокая частота полипатий отмечается среди женщин в возрасте 40 - 49 лет - 98,6%. В данной группе только 0,3% обследованных не имели анализируемых патологий. У обследованных встречается 1 ХНЗ - 4,7%, 2 ХНЗ - в 15,6%, 3 ХНЗ - в 19,9%, 4 ХНЗ - в 23,1% и 5 ХНЗ - в 35,0% случаев.

Выводы: Среди женского населения фертильного возраста имеет место достаточно высокая распространенность множественных хронических заболеваний (полипатий). Практически у половины женщин наблюдается сочетание четырех или пятерых хронических патологий.

1. Интенсивное накопление хронических полиорганных патологий с числом заболеваний двух и более, би - и поликаузальными риск факторами происходит в репродуктивном возрасте женской популяции. Своеобразный «пик» полипатий и различных сочетаний эндогенных факторов риска приходится на возрастные группы 30 39 и 40 - 49 лет.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Цель. Улучшить качество профилактики и лечения больных с артериальной гипертензией 1-II степени в течение шести месяцев.

Материалы и методы. По ходу работы мы применяли анкетирование больных с помощью вопросника на наличие тонометров, знание об осложнениях, о предупредительных мерах АГ, принимаемых лекарственных препаратов. Мы просматривали записи на амбулаторных картах, брали интервью у больных во время консультации, осматривали аптеку на наличие гипотензивных средств. Результаты базового анкетирования показали, что больные имеют доступность купить лекарство и приобрести их в любой аптеке. Большинство больных не могут пользоваться тонометром, они не знают, как предупредить возникновение АГ и предотвратить осложнения. ***56 %*** больных всё ещё употребляют лекарства такие, как дибазол, папаверин, адельфан. Анализы амбулаторных карт показали, что 60 ***%*** врачей предписывают лекарства не руководствуясь клиническими рекомендациями (КР). В амбулаторных картах нет записей о повторных осмотрах, эффективности назначенного лечения. После анализа выявленных проблем, мы с командой запланировали внедрить изменения по некоторым направлениям. Мы обучили больных с АГ

выявлению симптомов, осложнений и методике измерения артериального давления и раздали врачам поликлиники КР по АГ, обучили их использованию.

Результаты. По ходу визитов пациентов с АГ в поликлинику члены команды проводили еще раз опрос и проверку по выявлению осложнений и правильного использования тонометра, оказания самопомощи при повышении АД и сравнивали результаты. Наблюдение за больными по методике тонометрии дали положительные результаты. 80 % больных правильно смогли провести тонометрию. Дополнительным вмешательством стало информирование врачей о стандартах лечения АГ. Результаты оценивались регулярно 1 раз в месяц, в течение 6 месяцев, начиная с апреля 2014 года. Процент врачей предписывающих стандартное лечение для АГ вырос от 2 (40%) до 4 (80%). Вмешательства дали хорошие результаты, и мы решили обучить всех медсестёр, чтобы они на регулярной основе обучали пациентов и их родственников. Для работы на участках мы создали школу гипертоников из обученных медсестёр и врачей.

Выводы. Непрерывная работа с больными повышает их доверия к медицинским работникам и принимаемым лекарствам, что непосредственно влияет на качества лечения, обучение больных приводит к улучшению качества работы поликлиники и облегчает работу медицинских работников, приобретение больными тонометров приводит к уменьшению визитов пациентов в поликлинику и улучшает самоконтроль за состоянием здоровья.

ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. Общепринято, что все женщины должны стремиться к дородовому наблюдению с самого начала беременности. Домашние записи матери – в дальнейшем – домашние карты беременной, как эффективный способ снижения материнской, перинатальной и неонатальной заболеваемости и смертности широко и успешно используется во многих странах мира свыше 30 лет.

Цель. Вовлечение беременных женщин и членов их семей в процесс наблюдения за беременностью и в послеродовом периоде путем внедрения ведения домашней карты беременной в условиях сельской семейной поликлиники Андижанского района.

Задачи. 1.Ознакомление врачей общей практики и их медсестер глобальной стратегией Всемирной организации здравоохранения по безопасному материнству.

2. Вовлечение беременной и членов её семьи в ведение домашнюю карту беременной.

3. Оптимизация частоты целевых посещений, повышение их эффективности.

4. Уменьшение числа беременных женщин с поздним обращением за экстренной медицинской помощью при возникновении осложнений.

5. Увеличение числа осведомленных женщин, мужей, членов семьи о критических ситуациях, требующих неотложной помощи и организации транспортировки в стационар.

Материалы и методы. Проведено опрос **и** сбор информации беременных женщин и их родственников **с** помощью разработанного вопросника, разработка и подсчет стандартов и индикаторов**.** Кроме того было опрошено и произведено наблюдение за работой врачей общей практики и их медсестер.

Результаты. Положительный результат отмечено у 17 женщин из 23 (73,9%). Но не во всех случаях беременные женщины перечисляют ситуации, когда необходимо обращаться за антенатальным уходом. Не знают приоритеты рационального питания. Не всегда выполняют рекомендации врача на дому из-за не информированности. Не все члены семьи вовлечены в процесс антенатального ухода за беременной. Родственники недооценивают тяжесть состояния беременной в ситуациях требующих немедленного обращения в медицинские учреждения. Кроме того было опрошено и произведено наблюдение за работой 10 врачей общей практики и 20 их медсестер. По критериям, правильно ответили 7 врачей (70 %) и 10 медсестры (50%). Но имеется проблемные моменты. Персонал при общении не способствует тому, чтобы женщина задавала вопросы. При объяснении сути и правил ведения домашней карты беременной персонал не добивается ответной реакции беременной. Медицинские сестры не правильно выполняют технику измерения артериального давления и высоту дна матки, и неточно отмечают на гравидограмме

Заключение. Медицинские работники и активы махалли заметили пользу домашней карты беременной для сортировки и идентификации беременных женщин, которым возможно нужна неотложная медицинская помощь и транспортировка. Стало легче собрать информацию, и она стала систематичной. Это усилило систему наблюдения, также улучшило связи медицинских учреждений с населением и общественностью.

Рекомендации. 1. Часто организовать семинарские занятия для врачей общей практики и их медсестер по повышению их знаний по безопасному материнству и ведению домашней карты

беременной. 2. Разработать протокол (обоснованный на доказательном медицине) по ведению патологий беременности и состояний требующих немедленного обращения в медучреждения. Действовать согласно протоколу, обеспечив их доступность. 3. Осуществлять ежеквартальный мониторинг (клинических аудит) по следованию стандартам антенатального ухода среди врачей медсестер и ведению документации. 4. Вовлекать в процесс антенатального ухода членов семьи и общественности, путём информирования и обучения. 5.Наладить систему контакта между сельскими семейными поликлиниками и родильными комплексами, для осведомленности врачей общей практики и их медсестёр результатах обращения и полученных рекомендацией в учреждениях специализированной помощи.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА

Назарова Г. У., Бойқўзиева М.Б.
Андижан давлат тиббиёт институти
Оила шифокорларини малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, соғлиқни сақлашни бошқариш ва жамоат саломатлиги кафедраси

Долзарблиги: Наркотик моддалар қабул қилиш охирги йилларда Ўзбекистонда умумхалқ муаммосига айланиб бормоқда. Бу касаллик билан асосан ёшлар зарарланиб охир оқибат наркотик модда қулига айланмоқда, натижада ўқишни, ишни, оилани ташлаб кетмоқда.

Мақсад: Бирламчи тиббиёт бўғинида ўсмир ёшлар ўртасида наркоманиянинг олдини олиш ишлари сифатини яхшилаш.

Материал ва услуб: Бизни текширув Андижон шаҳри 3-оилавий поликлиника ҳудудидаги 4-ўрта мактаб шароитида ўтказилди. Текширувимизга 15-16-17 ёшли мактаб ўқувчиларидан 50 нафари олинди. Текширув методи сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди.

Ўқувчилардан аввал 1-анкета сўровномси ўтказилди. Сўнгра ушбу ўқувчилар ва уларнинг ўқитувчилари, мактаб шифокори, ҳамшираси ўртасида наркомания мавзусида маъруза ўтказилди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қуйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 250 (400%) балл, 2-чи анкета сўровномасида 455 (500%) баллни тўпланди. Текширувимиз натижалари шуни кўрсатдики, бизнинг ўсмир ёшларимиз наркомания тўғрисида билимларга эга эмас. Бунга сабаб бирламчи тиббиёт бўғинда бирламчи профилатик ишларни яхши эмаслигидир. Ўсмир ёшлар наркотик моддалар ва уларнинг таъсирлари ҳақида чуқур билимга эга эмаслар, мактабларда наркомания тўғрисида чуқурлаштирилган ва кенгайтирилган дарслар ташкил қилинмаган. Текширувимиздан кўриниб турибдики, наркоманияга дучор бўлган ёшлар қаерга, қайси мутахассисга бориб маслаҳат олишни билмайди. Сабаби оила шифокорининг оилага тўла кириб бормаганлигидан ва қўл остидаги аҳолисини ишончини қозона олмаганлигидандир. Ўсмирлар, яъни наркотик қабул қилаётган ўсмирлар шифокорга боришдан чўчиб юради ва вақтида шифокорга мурожаат қила олмай коладилар. Бунга сабаб улар аноним марказлар борлигини билмасликларидир.

Хулоса: Бизнинг бирламчи тиббиёт бўғинимизда бирламчи профилактик ишларимиз паст даражада. Текширувларимиз шуни кўрсатиб турибдики, бизнинг ўсмир ёшларимизнинг наркомания ҳақида билимлари паст. Наркотик моддаларга нималар кириши ва уларнинг таъсири тўғрисида билимга эга эмаслар.

Тавсия: 1. Мактаб маъмурияти, маҳалла фуқаролар йиғини ва умумий амалиёт шифокорлари биргаликда наркотик моддалар зарарли таъсирлари ҳақида маърузаларни кўпроқ ўтказишлари керак.

2. Ёшлар билан ишлаш гуруҳларида наркотикларга боғлиқлигининг олдини олиш борасида кўргазмали қуроллар тайёрлаш, оммавий ахборот воситаларида чиқишлар уюштиришни ташкил этиш керак.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди находящихся на исключительно грудном вскармливании случаи диареи и респираторных инфекций встречаются в четыре раза меньше по сравнению с детьми, которых не кормят

грудью. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, по крайней мере, 97% матерей способны успешно кормить грудью своих младенцев. Однако число матерей, которые начинают грудное вскармливание и затем отказываются от него уже в течение 5 недель, все увеличивается.

Цель. Оценка с последующим повышением качества услуг по грудному вскармливанию в условиях городской поликлиники №1 в городе Андижана

Задачи: 1. Создать команду и провести ретроспективный анализ амбулаторных карт;

2.Разработать стандарты и индикаторы;

3.Собрать информацию у кормящих матерей с помощью вопросника.

4. Провести мониторинг результатов и разработать меры по улучшению проблемы грудного вскармливания;

5. Улучшить информированность женщин о преимуществах грудного вскармливания.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт, разработка и подсчет стандартов и индикаторов, сбор информации у матерей с помощью разработанного вопросника.

Выявленные проблемы: В результате проведенного ретроспективного анализа амбулаторных карт форма-112, нами было выявлено, что большое число детей - 45% страдают частыми желудочно-кишечными расстройствами и простудными заболеваниями. Как оказалось большая часть детей до 6 месяцев, около 65% начинали получать прикорм в виде воды или искусственных смесей, с использованием бутылочек с сосками из-за незнания матерей и отсутствия информирования матерей медицинским персоналом поликлиники. Выяснилось, что во время беременности-90% матерям не объяснялись правила грудного вскармливания и преимущества грудного молока. Такие рекомендации не были даны им и в роддоме. Неправильное вскармливание привело к уменьшению лактации, недоеданию детей и отсутствие прироста веса и роста, что вынуждало 17% матерей вводить прикорм. Не правильное вскармливание способствовало недостаточному действию метода лактационной аменореи и наступлению незапланированной беременности-14% женщин.

Внедренные изменения.

На основании полученных результатов была проведена работа по повышению качества оказания медицинской помощи кормящим женщинам, была выбрана соответствующая команда, которая провела следующие мероприятия:

1.Обучение патронажных медсестер технике и правилам правильного прикладывания к груди.

2.Установлен контроль над посещением матерей, выписанных из роддома с обучением их технике и правилам правильного прикладывания к груди.

3.Рекомендованы семейным врачам уделять больше внимания вопросам вскармливания во время консультации кормящих матерей.

4.Организовать в поликлинике школу, для матерей, с раздачей обучающих материалов, буклетами плакатами и группу поддержки молодых матерей. Мониторинг процесса повышения качества запланирован непрерывным обучением с повторным анкетированием матерей и анализ амбулаторных карт детей.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей, управление и общественного здравоохранения

Актуальность. На сегодняшний день гипертоническая болезнь является актуальной проблемой современной кардиологии. Быстрое прогрессирование болезни и кардио-васкулярные осложнения приводят к понижению трудоспособности и инвалидизации. По последним данным распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 30-45%.На сегодняшний день в плане предупреждения гипертонической болезни существуют несколько проблем. Задача врачей общего профиля состоит в выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения знаний населения.

Цель. Повышение качества профилактической работы гипертонической болезни среди взрослого населения в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы. Поверка проводилась в семейной поликлинике № 3 города Андижан. На проверку были привлечены 36 участников старше 40 лет. В качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики гипертонической болезни.

Результаты. В результате 1-го анкетирования – правильно ответили 12 (33,3%) респондентов. На 2-ое анкетирование правильный ответ дали 34 (94,4 %) респондентов. Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления о гипертонической болезни. Одной из основных причин является безразличное отношение к своему здоровью.

Рекомендации. 1. Плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. 2. Для достижения лучших результатов проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

.

CLINICAL AND HEMOSTASIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VIBRATION DISEASE WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Niyozova Yo M., Yaminova N.Kh., Abduvalieva G.T.
Andijan State Medical Institute

The relevance of research. Modern forms of vibration disease, regardless of the type of exposure to the factor, are characterized by an increase in combinations with cardiovascular diseases, torpidity of the course, despite the termination of industrial contact, pathomorphosis of damage to target organs of damage. The genesis of vascular lesions vibration impacts are considered multifactorial changes: primary mechanical impact physical factor neurohumoral and hormonal shifts, processes high lipoperoxidation and formation system membranopaty , impaired microcirculation and hypoxia syndrome regenerative -plasticheskogo deficiency. In processesvascular remodeling in arterial hypertension, an important role belongs to the disruption of the structure and function of the endothelium associated with an increase in the concentration of oxidized atherogenic lipids, nitric oxide deficiency, an increase in endothelin-1, the expression of vasculoendothelial and transforming growth factors, a high degree of inflammation, hormonal and metabolic disorders.

Purpose of the study. Based on the assessment of clinical, functional, endothelial, hemostasiological parameters, to optimize the early diagnosis of vascular disorders in vibration disease in combination with arterial hypertension.

Materials and research methods. All patients were divided into groups: 1st - 75 patients with vibration disease of the 1st degree from exposure to local vibration, average age 47.0 ± 2.4 years, work experience with vibration was 15.3 ± 1.4 years; 2nd -69 patients with I degree of ID from exposure to local vibration in combination with AH 1-H, risk 2-3, average age 47.6 ± 2.1 years, work experience with vibration was 15.7 ± 1.2 years ; 3rd - 72 workers who are not in contact with the vibration and noise factor, diagnosed with AH 1-H, risk 2-3, mean age 46.4 ± 2.8 years. Control - 37 people working at the same enterprise out of contact with vibration, average age 47.5 ± 2.2 years.

Results of the study and their discussion Markers of endothelial dysfunction and systemic hemostasis in vibration disease in combination with arterial hypertension. According to the results of the study, the indicators of markers of endothelial dysfunction had significant differences from the control figures. In the group of patients with VD in combination with AH, the values of inducible NO synthase (¡NO8) turned out to be 3.9 times lower than the control values ($p < 0.05$), there was an increase in the level of endothelin-1, which exceeded the control values by 2.5 times ($p < 0.05$). The index of transforming growth factor P1 (TvR-R) in the plasma of patients with combined pathology significantly exceeded not only the normative figures by 1.8 times ($p < 0.05$), but also 1.4 times differed upwards from similar data in group AH ($p < 0.05$). The content of vascular endothelial growth factor (VESB) in the blood in patients with VD in combination with AH exceeded the control values by 4.0 times, while in AH and VV it was less: 2.7 and 3.5 times, respectively ($p < 0.05$) ... Patients with VD in combination with AH had the highest values of adhesion molecules sPECAM-1 (7.8 ng / ml ± 3.1 ng / ml), which exceeded the control data (2.3 ng / ml ± 1.1 ng / ml) 3.4 times, $p < 0.05$), identical indicators in patients with WB (6.5 ng / ml ± 2.6 ng / ml) - 1.2 times, with AH (5.9 ng / ml ± 2.3 ng / ml) - 1.3 times. Unidirectional dynamics were observed for the sVCAM-1 adhesive molecule. The highest level of sP-selectin was also recorded in patients with VD in combination with AH (79.5 ng / ml ± 10.3 ng / ml) - 2.4 times higher than in the control group (32.6 ng / ml ± 4.1 ng / ml), and exceeded similar indicators in the groups VB (61.7 ng / ml ± 6.5 ng / ml) and AH (53.8 ng / ml ± 4.6 ng / ml) in 1 , 3 and 1.5 times, respectively ($p < 0.05$). When studying polymorphism of the NOS3 (e) gene of endothelial dysfunction, it was found that in the group of patients with VD in combination with hypertension, G / G alleles characteristic of individuals with normal blood pressure were recorded in less than half of cases (47.8%), while polymorphic T / T variant - 1.6 times more often than in the control (8.7% compared to 5.5%, $p < 0.01$), and 1.3 times more often than in the AH and VB groups - (6.9% and 6.6%, respectively, $p < 0.01$).

Conclusions. 1. Endothelial dysfunction in vibration disease and arterial hypertension is characterized by expression of signaling molecules sPECAM-1, sVCAM-1 and sP-selectin , lower inducible NO- synthase , increase of the level of endothelin-1 in combination with heavy generation of vascular endothelial growth factor (VEGF) and transforming growth factor (TGF-p 1).

2. Endothelial markers in combined variants of vibration disease and arterial hypertension are associated with the frequency of unfavorable polymorphic gene variants, in the form of an increase in the frequency of T / T alleles of the NOS3 (e) gene, variants of the T / T alleles of the endothelin-1 gene and G / G alleles of the transforming gene. growth factor (TGF- pi).

АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ниёзова Ё М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Программные исследования EuroCaReD: European Society of Cardiology, European Society for Cardiovascular Prevention & Rehabailitation (14 стран Западной Европы) выявили корреляционную связь
профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ее осложнений. Оценка эффективности профилактических вмешательств в кардиологических центрах и «ШКОЛАХ для больных» проводится в ряде исследований EUROASPIRE II (European Society of Cardiology), ASCOT-BPLA (Великобритания, Ирландия, страны Скандинавии), EUR/ICP/IVST (Западная Европа), СИНДИ, МОНИКА, РЕЛИФ (Россия) и других исследованиях (с 2000 года по сей день). Помимо этого, показана эффективность кардиореабилитационных программ, выход 30% пациентов из профилактической программы и снижение приверженности пациентов к профилактике факторов риска (ФР) в 1,5-2 раза.

Цель исследования: определить информированность больных ИБС о ФР с изучением причин приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций.

Материал и методы исследования: Оказалось что, 7 пациентов (30,4%) из 23 с высшим образованием придерживаются терапии постоянно/регулярно, 13 (56,5%) из них периодически/нерегулярно и не придерживаются 3 человека (13,1%). Тогда как, в группе со средним образованием из 44 пациента постоянно/регулярно придерживаются терапии 16 респондентов (36,3%),периодически/нерегулярно – 14 (31,8%)человек, не придерживаются 12 (27,2%), авновь возобновляют терапию 2 пациента (4,5%) при наличии болей в сердце.Эти данные свидетельствуют в основном о низкой приверженности пациентов с высшим и средним образованием к назначаемой терапии, что составило 69,6% и 63,5%.

Результаты исследования: В связи с этим, был проведен опрос среди 58 и 54 респондентов обеих групп с нерегулярным соблюдением назначенной терапии. Оказалось, что причиной этого являются: низкие финансовые возможности в 26,5% и 31,3% случаев; считают постоянное соблюдение терапии вредным для организма – 7,4% и 9%; достаточного лечения только при плохом самочувствии в 16,2% и 17,9% случаев; недооценивают тяжесть своего состояния 16,2% и 9% пациентов. После информационного вмешательства отмечен высокий уровень приверженности пациентов к основной терапии, лишь пункт 5 (недостаток материальных средств) при назначении основной терапии вынудил прибегнуть к назначению препаратов более низкой стоимости. Проведенные научные исследования показали, что соблюдение пациентом режима терапии повышает эффективность лечения больного. Выделяют 3 степени приверженности проводимому лечению: полная (пропуск менее 25% назначений); частичная (пропуск 25-65%); отсутствие (пропуск более 65%) (Еременко М., 2008).Подводя итоги исследования, нами была подсчитана оценка степени приверженности к проводимому лечению 207 пациентов, включенных в исследование за 2 года до конца наблюдения. Она показала, что полная степень приверженности обнаружена у 135 (65,2%) больных ИБС, частичная у 30 (14,5%) и отсутствие у 42 (20,3%) респондентов. Одним из самых простых тестов оценки приверженности к медикаментозному лечению является тест Мориски-Грина (1986), который включает 4 вопроса. Комплаентными(приверженными) согласно данному тесту является число больных, набирающих 4 балла, некомплаентными – менее 3. Согласно тесту, комплаентными в 1 и во 2 группе оказались 21 и 43 пациента из 135 опрошенных, что составило 47,4%. Хотелось бы отметить, что, несмотря на общий невысокий уровень комплаентности среди всех обследованных лиц, у пациентов II группы после обучения в ШКОЛЕ здоровья он возрос на 45%.

Вывод: недостаточный комплаенс к терапии будет служить дополнительным ФР неблагоприятного течения ИБС. Наше исследование доказало, что повышение приверженности больных с ИБС ко всем методам лечения может быть достигнуто через создание мотивации к лечению у пациентов в ШКОЛАХ здоровья и удержании ее силами ВОП в течении длительного времени.

сердца., М., 1999, 209 стр.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ниматов.Ф.С., Ступина Н.В., Азизов.А.М., Валиев.О.Э., Хакимов.А.Д., Махмудов.А.А.
РСНПЦТО

Оперативное лечение поражения тазобедренного сустава при ревматоидном артрите в современной ортопедии тесно связанна с применением эндопротезирования тазобедренных суставов.

Однако в послеоперационный период в связи присутствием основного заболевания риск осложнений очень высок. Это в первую очередь связанно в высоким риском воспаления в области эндопротеза. На сегодняшний день есть множество лекарств уменьшающих риск послеоперационных осложнений. Большинство из этих препаратов уменьшают активность ревматоидного артрита а также снижают иммунитет. К сожалению длительный прием этих препаратов увеличивает риск осложнений от побочных эффектов этих препаратов. На сегодняшний день использование экстракорпоральных методов очистки крови широко применяется при системных заболеваниях соединительной ткани. Одним из таких методов является плазмоферез.

Плазмоферез используется при высокой активности заболевания как вспомогательная терапия часто в комбинации с базисной терапией. Данная комбинация увеличивает эффективность последних. Пациенты после эндопротезирования тазобедренного сустава подвержены риску осложнений из за высокой активности ревматоидного артрита.

А также пациенты в начальном периоде ревматоидного артрита которым не произведено эндопротезирование тазобедреннго сустава также могут получить плазмоферез. Это в свою очередь увеличивает эффективность получаемой базисной терапии а также продливает срок эндопротезирования.

Наш опыт применения плазмофереза в сочетании с базисной терапией у пациентов с ревматоидным артритом которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава показывает длительное снижение активности заболевания что в свою очередь увеличивает выживаемость эндопротезов.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ниязов А.Н., Орынбаева С.А.

Актуальность темы. Проблема диагностики заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) остается актуальной и в настоящее время (И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко, 2016). По сводным данным частота встречаемости узловых образований щитовидной железы (ЩЖ) за последние 30 лет увеличилась с 4-9% до 5-22%, а за последние 10 лет рак ЩЖ участился в 2 раза, являясь причиной смерти 1% онкологических больных (Матвеев Г.А., Копина М.Н. 2015). При этом среди всех доброкачественных и злокачественных новообразований головы и шеи на долю патологии ЩЖ приходится от 1,5 до 3,5%; среди всех злокачественных опухолей – от 1 до 4% (Фомина Н.Ю., 2017; Рожкова Е.Б., 2017).

В связи с этим, появилась потребность в совершенствовании ранней и дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы. Внедрение инновационных технологий в ультразвуковом исследовании открывает новые возможности в уточняющей диагностике узловых образований. Однако роль и место высоких технологий эхографии изучены недостаточно.

Цель исследования. Определить роль и значение эластографии в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе положены результаты данных комплексного ультразвукового исследования 50 пациентов с очаговыми патологиями ЩЖ. Возраст пациентов варьировал от 21 до 70 лет. Среди обследованных пациентов мужчины и женщины составили 18 (36) и 32 (64%) соответственно.

Комплексное ультразвуковое исследование щитовидной железы производилось на современных ультразвуковых аппаратах «Mindray DC-80» (Китай) и «HI VISION Preius» (Hitachi Medical Corporation, Япония) с использованием линейных мультичастотных датчиков диапазон частот - 5-13 МГц.

УЗИ выполняли по стандартной методике с проведением серошкального исследования, цветового и энергетического допплеровского картирования (ЦДК, ЭДК, спектрального допплера), а также использовался режим эластографии, с помощью которого оценивалась жесткость очаговых образований щитовидной железы.

Результаты исследования и их обсуждение. У 21 (42%) обследуемых были диагностированы единичные узлы щитовидной железы, у 29 (58%) были выявлены множественные узловые образования. Минимальный размер узла среди исследованных составил до 11мм, максимальный размер до 43мм. Произведенная ЦДК и ЭДК давала сомнительные результаты при величине узлов до 16 мм, выявляя лишь незначительное усиление кровотока по периферии узла. Метод эластографии позволил акцентировать внимание на изменение упругости выявленных очагов. При этом показатель упругости нормальной ткани щитовидной железы варьировался между 10,45-18,30 кПа. Диапазон упругости доброкачественных изменений колебался между 19,1-76,25 кПа, в то время как злокачественные узлы показали результат: минимум 85,03 - максимум 156,7кПа. Чувствительность метода эластографии оказалась в пределах 89,3%; при этом специфичность в дифференциальной диагностике злокачественности процесса оказалась в пределах 93,4%.

Выводы. Таким образом, современное комплексное применение методов ультразвуковой диагностики при узловых образованиях ЩЖ значительно улучшает планирование дальнейшей тактики лечения больного (хирургического вмешательства). Метод эластографии наиболее эффективен при сочетании его с другими методами ультразвукового исследования. Это связано с широким диапазоном изменения упругости тканей, где показатели имеют тенденцию к наслоению друг с другом, что может приводить к разночтениям результатов. Несмотря на это высокая специфичность 93,4% позволяет сделать выводы о необходимости продолжения исследования данного метода для дифференциальной диагностики очаговых образований щитовидной железы.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ниязов А.Н.

Актуальность темы. Рак предстательной железы (РПЖ) является второй наиболее распространенной злокачественной опухолью мужского населения (Jemal A. Global cancer statistics - 2011). РПЖ в структуре онкологических заболеваний у мужчин занимает 2-е место. В последние годы активно исследуется новое направление ультразвуковой диагностики — ультразвуковая эластография сдвиговой волны (УЭСВ). Данная технология основана на принципе регистрации сдвиговых волн и определении скорости их распространения в тканях организма, что позволяет качественно и количественно оценить их жесткость одновременно с эхогенностью. Скорость распространения сдвиговой волны напрямую зависит от степени эластичности исследуемого участка ткани и выражается количественно в килопаскалях (кПа) (Хасанов М.З. 2016). В настоящее время происходит накопление данных о применении УЭСВ в диагностике доброкачественных образований предстательной железы.

Цель исследования. Определить возможности ультразвуковой эластографии сдвиговой волны в дифференциальной диагностике очаговых образований предстательной железы.

Материал и методы исследования. Всего обследованы 80 пациент: 72 с очаговыми образованиями предстательной железы. В контрольную группу включены 8 пациента с отсутствием жалоб урологического профиля, изменений при ПРИ, уровня ПСА и при ультразвуковом исследовании предстательной железы.

Всем пациентам были выполнены: комплексное ТРУЗИ дополненное режимом УЭСВ с качественной и количественной оценкой жесткости ткани железы. Ультразвуковые исследования проводились на ультразвуковом аппарате «MINDRAY ДС-80» (Китай), с использованием внутриполостного микроконвексного датчика с частотой 3-12 МГц.

Результаты исследования. Эхографическая картина предстательной железы в группе контроля характеризовалась отсутствием очаговых изменений, однородностью паренхимы, четкостью и ровностью контуров, нормальными размерами. В режиме УЭСВ ткани предстательной железы характеризовались равномерным симметричным окрашиванием в синий цвет.

В группе пациентов с доброкачественными изменениями узлы гиперплазии в переходной зоне выявлялись у 31 пациентов (43,0 %), смешанная форма гиперплазии у 38 (52,8 %), гиперплазия с формированием средней доли у 3 (4,2 %). В большинстве случаев (53/73,6 %) были выявлены гиперэхогенные включения размером от 2 до 9 мм по длиннику. У 36 пациентов (50 %) отмечались кисты от 3 до 9 мм в диаметре, располагающиеся в ткани гиперплазии. Проведенный ROC анализ показал максимальную информативную ценность показателей эластометрии при значении Emean>46,5 и SWE-ratio>2,6.

В нашей работе использование УЭСВ позволило повысить диагностические показатели информативности серошкального режима с энергетическим допплеровским картированием: чувствительность с 73 до 81 %, специфичность с 45 до 89 % и точность с 58 до 84 %.

Выводы. Ультразвуковая эластография сдвиговой волны — эффективный инструмент в дифференциальной диагностике злокачественных образований предстательной железы. Проведенный ROC анализ показал максимальную информативную ценность показателей эластометрии при значении Emean>46,5 и SWE-ratio>2,6.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ниязов А.Н., Орынбаева С.А.

Актуальность темы. Проблема диагностики заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) остается актуальной и в настоящее время (И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко, 2016). По сводным данным частота

встречаемости узловых образований щитовидной железы (ЩЖ) за последние 30 лет увеличилась с 4-9% до 5-22%, а за последние 10 лет рак ЩЖ участился в 2 раза, являясь причиной смерти 1% онкологических больных (Матвеев Г.А., Копина М.Н. 2015). При этом среди всех доброкачественных и злокачественных новообразований головы и шеи на долю патологии ЩЖ приходится от 1,5 до 3,5%; среди всех злокачественных опухолей – от 1 до 4% (Фомина Н.Ю., 2017; Рожкова Е.Б., 2017).

В связи с этим, появилась потребность в совершенствовании ранней и дифференциальной диагностики узловых образований щитовидной железы. Внедрение инновационных технологий в ультразвуковом исследовании открывает новые возможности в уточняющей диагностике узловых образований. Однако роль и место высоких технологий эхографии изучены недостаточно.

Цель исследования. Определить роль и значение эластографии в дифференциальной диагностике очаговых образований щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе положены результаты данных комплексного ультразвукового исследования 50 пациентов с очаговыми патологиями ЩЖ. Возраст пациентов варьировал от 21 до 70 лет. Среди обследованных пациентов мужчины и женщины составили 18 (36) и 32 (64%) соответственно.

Комплексное ультразвуковое исследование щитовидной железы производилось на современных ультразвуковых аппаратах «Mindray DC-80» (Китай) и «HI VISION Preius» (Hitachi Medical Corporation, Япония) с использованием линейных мультичастотных датчиков диапазон частот - 5-13 МГц.

УЗИ выполняли по стандартной методике с проведением серошкального исследования, цветового и энергетического допплеровского картирования (ЦДК, ЭДК, спектрального допплера), а также использовался режим эластографии, с помощью которого оценивалась жесткость очаговых образований щитовидной железы.

Результаты исследования и их обсуждение. У 21 (42%) обследуемых были диагностированы единичные узлы щитовидной железы, у 29 (58%) были выявлены множественные узловые образования. Минимальный размер узла среди исследованных составил до 11мм, максимальный размер до 43мм. Произведенная ЦДК и ЭДК давала сомнительные результаты при величине узлов до 16 мм, выявляя лишь незначительное усиление кровотока по периферии узла. Метод эластографии позволил акцентировать внимание на изменение упругости выявленных очагов. При этом показатель упругости нормальной ткани щитовидной железы варьировался между 10,45-18,30 кПа. Диапазон упругости доброкачественных изменений колебался между 19,1-76,25 кПа, в то время как злокачественные узлы показали результат: минимум 85,03 - максимум 156,7кПа. Чувствительность метода эластографии оказалась в пределах 89,3%; при этом специфичность в дифференциальной диагностике злокачественности процесса оказалась в пределах 93,4%.

Выводы. Таким образом, современное комплексное применение методов ультразвуковой диагностики при узловых образованиях ЩЖ значительно улучшает планирование дальнейшей тактики лечения больного (хирургического вмешательства). Метод эластографии наиболее эффективен при сочетании его с другими методами ультразвукового исследования. Это связано с широким диапазоном изменения упругости тканей, где показатели имеют тенденцию к наслоению друг с другом, что может приводить к разночтениям результатов. Несмотря на это высокая специфичность 93,4% позволяет сделать выводы о необходимости продолжения исследования данного метода для дифференциальной диагностики очаговых образований щитовидной железы.

ГЕПАТОПРОТЕКТИВ ТЕРАПИЯНИНГ ЖИГАР СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ

Нумонов Х.С Салохиддинов З.С Солиев Д.К
Андижон давлвт тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Сурункали диффуз жигар касалликлари жигар циррозининг охир-оқибат шаклланиши билан жигар фиброз даражасининг ошиши ва барқарор ривожланиш билан тавсифланади. Ҳозирги вақтда жигар фиброзининг асосий салбий прогностик омил эканлиги эътироф этилмоқда, шунинг учун унинг жиддийлик даражасини аниқлаш ва тушунтириш амалий тиббиётда жуда муҳимдир. Бироқ, сурункали диффуз жигар касалликларини ташхислаш ва даволаш билан боғлиқ кўплаб масалалар яхши ўрганилмаган бўлиб қолмоқда. Кўпинча, жигар шикастланиши ҳеч қандай клиник кўринишларсиз яширин равишда содир бўлади ёки бошқа касалликлар остида "ниқобланади", аммо ҳатто ушбу сурункали касалликларнинг яширин кечиши ҳам жигар циррозини келтириб чиқариши мумкин. Сурункали диффуз жигар касалликларини эрта ташхислаш ва тўғри терапевтик тактикалар маълум даражада қайтариб бўлмайдиган оқибатларнинг олдини олишга қодир, шунинг учун касалликнинг турли босқичларида сурункали диффуз жигар касалликларига чалинган беморларда фибрознинг оғирлигини аниқлаш, бу касалликнинг боришини, аниқланганликнинг тескари томонини аниқлашга имкон беради. Сурункали диффуз жигар касалликларини ривожланишининг прогнози ва бошқарилиши кўп жиҳатдан жигарда

патологик жараённинг босқичига ва унинг ривожланишига боғлиқ. Шу нуқтаи назардан, жигар тўқималарининг ўзгаришини ривожланишини баҳолаш учун инвазив бўлмаган скрининг усулларини излаш тобора муҳим аҳамият касб этмоқда.

"Алкоголсиз ва спиртли келиб чиқиши ёғли жигар касаллиги гепатопротектив даволаш" Л. И. Буторова, М. А. Тарбияланган, Н. Г. Крайникова,М. А. Осадчук,Т. Е. Плавник,Г. М. 30 кунлик Орниксил терапияси фонида жигар функцияси кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, ГГТП ва АЛП), тизимли яллиғланишнинг пасайиши ва дислипидемияни камайтириш тенденцияси (триглицеридларнинг камайиши) сезиларли даражада яхшиланди

"Микозли беморларда даволаш тактикасини оптималлаштиришда гепатопротектив терапия" Рустамкҳанова Г. Р., Н. А., Кҳисматуллина З. Р., Фаизова Л. П. Власова. Оёқ микозли беморларда Прогепар препаратини қўллаш билан мураккаб даволашнинг юқори самарадорлиги узлуксиз терапия курслари ва беморларнинг ҳаёт сифатини мос равишда яхшилаш имконияти туфайли кўрсатилади.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СПИРАНОЛАКТОН ВА ЭПЛЕРЕНОННИНГ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Нуритдинов Н.А., Закирова Г.А., Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Икрамова Ф.А.
«Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ, Тошкент ш., Ўзбекистон

Тадқиқот мақсади. Сурункали юрак етишмовчилиги (СЮЕ) билан касалланган беморларда минералокортикоид рецепторларининг ангтагонистлари - спиронолактон ва эплереноннинг креатинин ва коптокчалар фильрация тезлиги (КФТ) кўрсаткичларига қиёсий таъсирини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. СЮЕ билан касалланган 80 нафар беморни текширишдан ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши 60,1 ± 9,2 ёшни ташкил қилди. Нью-Йорк кардиологлар ассоциациясининг таснифига кўра беморлар функционал синфи қуйидагича тақсимланди: I (36 бемор), II (28 бемор) ва III (16 бемор) функционал синф (ФС). I – III ФС СЮЕ бор бўлган 33 бемордан иборат биринчи гуруҳ (I) стандарт терапия асосида 6 ой давомида (ААФ ингибиторлари, бета-блокаторлар, антиагрегантлар) спиранолактон қабул қилган, I – III ФС СЮЕ бор бўлган 47 бемордан иборат иккинчи гуруҳ (II) – эплеренон қабул қилган. Барча беморларда қон зардобида креатинин (Кр) билан бирга КФТ CKD-EPI ва формуласи бўйича ҳисобланди.

Тадқиқот натижалари. I ва III ФС СЮЕ бор бўлган беморлар олти ойлик спиранолактон билан даволаниш Кр, КФТCKDEPI кўрсаткичлари фақатгина ижобий натижалар тенденциясига эга бўлди, аммо бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишончли даражада ўзгармади. II ФС СЮЕ беморларида даволашдан кейин Кр, КФТCKD-EPI кўрсаткичлари қуйидаги кўрсаткичларгни ташкил қилди – 72,7 ± 9,8 мкмоль / л, 91,18 ± 15,37 мл / дақ/ ва бошланғич кўрсаткичларга нисбатан мос равишда Кр нинг 15,7% $p < 0,05$) га пасайиши ҳамда КФТCKD-EPI 16,7% га ($p < 0,05$) ортиши кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларида 6 ойлик эплеренон билан даволаниш натижасида Кр, КФТCKD-EPI кўрсаткичлари: I ФС СЮЕ бор бўлган беморларда мос равишда 76,65 ± 16,86 мкмоль/л, 87,41 ± 14,24 мл / дақ/ 1,73 м2 ташкил қилди, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан ишонарли даражада КФТCKD-EPI мос равишда 12,2% ($p < 0,05$) га ортиши ва Кр миқдорининг 15,8% ($p < 0.05$) га пасайиши кузатилди. II ФС СЮЕ бор бўлган беморларда мос равишда – 76,58 ± 18,37 мкмоль / л, 90.63 ± 22.43 мл / дақ / 1,73 м2 ни ташкил қилди, КФТCKD-EPI 14,1% га ($p < 0.05$) ишонарли даражада ошиши кузатилди; даволанишдан кейин III ФС СЮЕ бор бўлган беморларда Кр, КФТCKD-EPI кўрсаткичлари 75,6 ± 9,08 мкмол / л, 87,09 ± 16,42 мл / дақ/ 1,73 м2 ташкил қилди, бошланғич кўрсаткичларга нисбатан Кр нинг 23% ($p < 0,001$) га камайиши ва КФТCKD-EPI нинг 23% ($p < 0,05$)га ортиши кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқот натижаларига кўра I-III ФС СЮЕ билан касалланган беморларда эплеренон дори воситаси қабул қилган гуруҳда буйраклар функционал ҳолати кўрсаткичларини спиринолактон қабул қилган гурухга нисбатан ишонарли даражада яхшиланиши аниқланди.

УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А., Одылова Б.Т.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность проблемы: В последние годы в сельской местности активно внедряется организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Кабинеты (офисы) врачей общей практики (семейных врачей) разворачиваются на базах семейных поликлиник и пунктах

семейного врача. Он проводит диспансерное наблюдение за выделенными контингентами больных и здоровых, реабилитацию и мероприятия по восстановлению трудоспособности больных и инвалидов, экспертизу трудоспособности, профилактическую работу, гигиеническое воспитание населения и пропаганду здорового образа жизни. Медицинские работники пунктах семейного врача осуществляют свою работу по единому комплексному плану, утвержденному главным врачом Районного Медицинского Объединения. Медицинские работники пунктах семейного врача осуществляют регулярный учет своей работы в соответствии с общепринятыми правилами; используют учетно-отчетную документацию.

Цель исследования: Целью углублённого профилактического консультирования является: оптимизация, совершенствование, повышение доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, в частности пациентам с хроническими заболеваниями бронхо-легочной системы (хроническая обструктивная болезнь);повышение информированности пациентов о факторах риска его развития; повышение ответственности за сохранение своего здоровья; формирование у пациентов рационального и активного отношения к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнений рекомендаций врача; формирование умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений; формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от курения и злоупотребления алкоголем) - «Организация школ здоровья для пациентов с хронической обструктивной болезнью легких».

Материалы и методы исследования; Нами были отобраны, все семейные врачи работающие в семейной поликлинике №48 города Ташкента. Обучены основным факторам риска и причины развития заболевания, симптомам обострения заболеваний; факторы риска развития осложнений заболевания; основы самоанализа индивидуальных факторов риска и обучили, как составлять план выздоровления; средства доврачебной самопомощи при обострении заболевания; основы здорового питания и питание при хронических респираторных заболеваниях; принципы диеты при ожирении; влияние физической активности на здоровье; влияние табакокурения на здоровье; об основах медикаментозного лечения и профилактики хронических респираторных заболеваний. После окончания обучения, в школе обучающиеся должны обучить пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких, вести дневник пациента; проводить самооценку и контроль за симптомами заболевания и факторами. На каждого пациента, посещающего Школу, заполняется «Талон амбулаторного пациента» или можно вести свой журнал пациента с Хронической Обструктивной Болезнью Лёгких.

Результаты исследования: в представленных исследованиях, оценивающих деятельность «Школ здоровья для пациентов с Хронической Обструктивной Болезнью Лёгких», показана клиническая, социальная и экономическая эффективность этой технологии. Профилактическое обучение, семейных врачей и пациентов, обеспечивает существенное снижение частоты и выраженности факторов риска у больных Хронической Обструктивной Болезнью Лёгких и способствуют повышению приверженности больных к лечению и выполнению врачебных рекомендаций, на основании чего, целесообразно широко внедрять в работу учреждений практического здравоохранения.

Выводы: Необходимо, отметить, что предложенные школы можно внедрить во всех семейных поликлиниках, целью которых является подготовка врачей по организации и проведению «Школ здоровья для больных с хронической обструктивной болезнью лёгких», оказывающих помощь на амбулаторно-поликлиническом уровне.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Камалов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Одной из величайших пандемий неинфекционных заболеваний является гипертоническая болезнь. 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 обусловливает 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 50 лиц мужского пола в возрасте от 25 до 44 лет, средний возраст 34,8±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 статистичесие 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.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Ойбекова Г.С., Олимов А.А., Каримов И.К., Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Проблема абдоминального ожирения в последнее время рассматривается как независимый фактор сердечно-сосудистых заболеваний. По данным ВОЗ доказано, что распространенность ожирения в мире составляет в среднем около 30 %, а в высокоразвитых странах – до 50 %. Такая же проблема существует и в странах СНГ, частности и в Узбекистане. 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 46 лиц в возрасте от 25 до 49 лет, средний возраст составил 36,5±1,5года, из них 34- мужского и 12- женского полас ИМТ 27–45 кг/м^2 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-сибутрамин 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 сибутрамином происходит снижение не только веса, но АД.

Таким образом вышеизложенное свидетельствует о том, что сибутрамин 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 сибутрамина – 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.

ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Олимов А.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекситан

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 ≥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 критерий определения риска развития атеросклероза является показатели дуплексного сканирования – толщина интимы – медии (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.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Олимов И.О., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т., Мадаминов И.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Нестабильная стенокардия является одной из актуальных роблем кардиологии. Это обусловлено как непосредственно высоким риском для жизни пациентов, связанным с заболеванием, так и возможностью развития острого коронарного синдрома, который, как правило, трансформируется в очаг некроза. Нестабильная стенокардия является неблагоприятной в прогностическом отношении формой развития ИБС, при этом она характеризуется непредсказуемостью, быстрой сменой течения заболевания и может либо заканчиваться регрессией симптомов, либо привести к инфаркту миокарда или внезапной смерти.

Целью исследования явилось на основе комплексного подхода изучить особенности суточного профиля АД и наличие взаимосвязи различных показателей суточного мониторирования АД и нарушениями липидного спектра у больных нестабильной стенокардией на фоне нормального и повышенного АД.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных мужского пола в возрасте от 31 до 68 лет страдающих ИБС. Длительность заболевания от 3 до 20 лет. Больные были госпитализированы в кардиологическое отделение Андижанского филиала Центра неотложной экстренной помощи. 45 больных были рандомизированы на 2 группы с учётом поставленного диагноза.

Результаты и обсуждения. У больных нестабильной стенокардией, как при нормальном уровне артериального давления, так и в сочетании с артериальной гипертензией имеется нарушенный циркадный ритм, при этом наиболее выраженные изменения наблюдаются в ночное время, проявляющиеся отсутствием адекватного снижения АД и увеличением показателей нагрузки повышенным и пониженным артериальным давлением.

Особенностью изменений суточного профиля артериального давления у больных нестабильной стенокардией без артериальной гипертензии является повышение диастолического АД в дневное время и систолического и диастолического в ночные часы. У пациентов с нестабильной стенокардией и артериальной гипертензией наряду с общими изменениями, характерными для больных нестабильной стенокардией без артериальной гипертензии, определяется увеличение показателей нагрузки как повышенным, так и пониженным артериальным давлением. При наличии инфаркта миокарда в анамнезе регистрируется снижение диапазона циркадного ритма артериального давления с максимально низкими показателями суточного индекса артериального давления и выраженными изменениями структурно-функциональных характеристикмиокарда.

Неадекватное снижение систолического АД в ночное время ассоциируется с увеличением индекса массы миокарда и частотой гипертрофии левого желудочка у больных нестабильной стенокардией как в сочетании с артериальной гипертензией, так и без таковой. У больных нестабильной стенокардией в первые дни заболевания регистрируются нарушения липидного спектра, выражающиеся в повышении проатерогенных фракций и снижению антиатерогенных. Максимальный уровень ЛП (а) регистрируется у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией и инфарктом миокарда в анамнезе.

Повышение уровня ЛП (а) у больных нестабильной стенокардией без артериальной гипертензии ассоциируется с увеличением линейных, объемных и структурных показателей миокарда левого желудочка. Комплексное исследование состояния больных нестабильной стенокардией с использованием суточного мониторирования артериального давления, липидного профиля и структурно-функциональных характеристик миокарда позволяет квалифицировать вариабельность жизненно важных параметров сердца и предложить пути для снижения глобального риска заболевания.

Выводы. Комплекс исследований: суточного профиля АД, липидного спектра, структурно-функциональных характеристик миокарда левого желудочка может быть рекомендован для оценки эффективности проводимых лечебных мероприятий по снижению степени глобального риска заболевания. Подбор антигипертензивной терапии у больных нестабильной стенокардией в сочетании с АГ и без таковой должен проводиться с учетом особенностей суточного профиля АД. Использовать определение ЛП (а) как дополнительный критерий стратификации степени риска у больных нестабильной стенокардией с различными клиническими формами.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, ССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19 КОАГУЛОПАТИЕЙ

Орипов О.И.
Ташкентская медицинская академия

Введение. Наблюдения за пациентами с COVID-19 показали, что симптомы, связанные с SARS-CoV-2, не ограничивается дыхательными путями и вирус способен вызывать множественные системные воспалительные реакции и коагулопатию. В научной литературе в течение последних 6-7 месяцев постоянно появлялись сообщения о различных тромбоэмболических осложнениях у пациентов из разных стран [1]. Тромбоз кавернозного синуса (ТКС) является наиболее частой формой патологии венозной системы мозга, которая сопровождается вовлечением в процесс зрительного пути [2,3].

Цель. Изучить клинические особенности тромбоза кавернозного синуса, развивающегося в качестве осложнения коронавируной инфекции.

Материал и методы. ТКС является чрезвычайно редким осложнением. В крупных клиниках стран Европы за 10 лет наблюдений описывается всего 20-25 случаев. Наблюдения за пациентами во время пандемии в Республике Узбекистан показали, что в стране было зарегистрировано почти около 300 случаев ТКС ассоциированного с COVID-19. Данное исследование включало результаты наблюдений 98 пациентов с ТКС, которые проходили лечение в лечебно-профилактических учреждениях города Ташкента с июля по ноябрь 2020 года. Распределение по гендерному признаку: 54 (55,1%) мужчин и 44 (44,9%) женщин. Средний возраст составил 60,3±6,2 лет. Все пациенты имели в анамнезе данные о получении специфической терапии по поводу COVID-19. Во всех случаях COVID-19 был подтвержден результатами серологических

анализов (ПЦР или ИФА) и наличием специфического поражения легких по данным МСКТ. Диагноз ТКС был подтвержден данными клинического (наличие специфической симптоматики) и инструментального (наличие специфических признаков на МРТ и МСКТ) обследования. Всем пациентам проводилось комплексное обследование с включением клинических (консультации смежных специалистов: ЛОР, офтальмолог, нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, инфекционист.

Результаты. Анализ анамнестических данных пациентов показал, что симптомы ТКС развивались через 1-4 недели после окончания противоковидной терапии. При этом 96,7% пациентов страдали в течение многих лет СД 2 типа. Наличие хронических заболеваний полости носа, околоносовых пазух и полости рта в анамнезе определялось лишь у 41,8%. В 87,7% случаях COVID-19 протекал с поражением легких. В большинстве случаев поражалось 25-50% легочной ткани. При этом, анализ историй болезни пациентов показал, что снижение сатурации наблюдалось у 76,5% пациентов, а оксигенотерапию получало при этом 87,7% пациентов. В среднем ее длительность колебалась от 5 до 15 дней. В 89,7% случаев течение COVID-19 осложнялось развитием коагулопатии, подтвержденной результатами исследования ВСК, АЧТВ, фибриногена и Д-димеров. Следует отметить, что предшествовавшую антикоагулятную терапию получало 86,7% пациентов. При этом 83,7% пациентов проходили лечение в стационаре, а оставшаяся часть получало лечение в домашних условиях под наблюдением врача.

Анализ симптомов и закономерностей их развития в серии случаев COVID-19 ассоциированного ТКС показал, что клиническое течение тяжело отнести к одному из вариантов. Клиническое течение ТКС у исследованных пациентов характеризовалась постепенным развитием симптомов, по типу асептического варианта ТКС, в 65,3% случаях и более острым, с быстрым нарастанием симптоматики, по типу септического варианта ТКС, развитием в 34,7% случаях. В большинстве случаев пациенты поступали в стационар с субъективными жалобами на сильные головные боли, отсутствие зрения и боль на пораженном глазу, опущение века, сильный отек век, затруднение носового дыхания и наличие гнойного отделяемого из носа. ТКС клинически манифестировал наличием офтальмологической симптоматики в виде птоза, экзофтальма, офтальмоплегии, периорбитального целлюлита, хемоза, снижения чувствительности роговицы, снижения чувствительности кожи параорбитальной области, отека ДЗН и сетчатки.

Объективно во время эндоскопического осмотра в носовых ходах отмечался гнойно-геморрагическое или гнойно-некротическое содержимое, носовые раковины были некротизированы, отмечались кровоизлияния. Анализ результатов лабораторных исследований в большинстве случаев выявлял изменения АЧТВ, уровня фибриногена и Д-димеров в коагулограмме, значительное повышение уровня С-реактивного белка в биохимическом анализе крови.

Заключение. Анализ случаев тромбоза кавернозного синуса, ассоциированного с COVID-19 выявил, что развитие данного осложнения имело тесную связь с сахарным диабетом и характеризовалось атипичным и тяжелым течением с развитием гнойно-некротических осложнений. При этом остаются неясными патогенетические аспекты, связанные с коагулопатией, так как тромбоз в большинстве случаев развивался на фоне предшествовавшей или текущей антикоагулянтной терапии.

ТУБЕРКУЛЕЗ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Орипов Ш.Ю., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Туберкулёз — распространённое социально-зависимое инфекционное заболевание, поражающее любые органы и ткани и являющееся одной из главных причин смертности в мире. Возбудителем являются микобактерии туберкулёза, которые широко распространены в окружающей среде.

Источник инфекции — больной открытой формой туберкулёза человек или животное. Существует несколько способов передачи: алиментарный, контактный, внутриутробный и аэрогенный, имеющий особое эпидемическое значение.

По мнению И. С. Гульберга, доктора медицинских наук, проблема туберкулёза является приоритетной задачей здравоохранения, поскольку отмечается отрицательный патоморфоз: растёт уровень заболеваемости, частота встречаемости острых и антибиотико-резистентных (особенно множественных) форм. Это вызвано социально-экономической и экологической обстановкой, а также рядом отягощающих факторов: возраст, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, сахарный диабет, ВИЧ — инфекция, зависимость от алкоголя, пребывание в местах лишения свободы и др.

Всё вышеизложенное отягощает течение заболевания, снижает эффективность терапии и значительно повышает смертность.

Цель исследования. Определить особенности реагирования детей на кожные пробы с туберкулином и с диаскинтестом в зависимости от клинических проявлений неспецифической сенсибилизации.

Материалы и методы. Обследовано 170 детей (54,7% мальчиков и 45,3% девочек) в возрасте от 4 мес. до 15 лет, пациентов туберкулезного отделения г. Андижана. Помимо общепринятых методов, обследование детей включало: компьютерную томографию органов грудной полости, индивидуальную туберкулинодиагностику, диаскинтест, фибробронхоскопию (по показаниям), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, консультации специалистов. 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.

В зависимости от проявлений аллергии, которая определялась на основании анамнеза и медицинской документации, каждая группа разделилась на 3 подгруппы: подгруппа А – дети с не отягощенным аллергологическим анамнезом, подгруппа Б – дети с эпизодами аллергических реакций в виде непереносимости отдельных пищевых продуктов и лекарств, подгруппа В – дети с аллергическими заболеваниями: бронхиальной астмой (БА) и атопическим дерматитом (АД).

Результаты и обсуждение. Повышенная аллергическая настроенность организма (табл. 1) 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% ($p<0,05$).

Среди инфицированных детей пациенты, предрасположенные к аллергическим реакциям и больные аллергическими заболеваниями составили почти половину (43,5%). Это позволяет предположить, что у детей с аллергической настроенностью организма неспецифическая сенсибилизация затрудняла определение истинного уровня туберкулиновой чувствительности на догоспитальном этапе. Об этом свидетельствует и тот факт, что из 102 детей с не отягощенным аллергологическим анамнезом заболевание выявлено у 40 (39,2%), при наличии аллергических реакций в анамнезе – у 12 из 41 (29,3%, $p>0,05$), и при сопутствующих аллергических заболеваниях – у 2 из 27 (7,4%, $p<0,05$).

Выводы. 1. Среди детей, направляемых в диагностичекое отделение для исключения заболевания туберкулезом, значительный удельный вес составляют пациенты с аллергическими реакциями в анамнезе (24,1%) и аллергическими заболеваниями (15,9%). Процент подтверждения диагноза туберкулеза наиболее высок у детей с не отягощенным аллергологическим анамнезом (39,2%) и минимален у детей, страдающих аллергическими заболеваниями (7,4%).

ЎПКА СИЛИ УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗ БИЛАН КОМОРБИД КЕЛГАНИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИ

Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Махсумова Д.К., Абдуманапова Р.К., Султонов Г.И.

Фтизиатрия ва пульмонология, микробиология, иммунология ва вирусология кафедраси

Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Нафас аъзолари сили иккиламчи кандидоздаги энг кўп учровчи инфекциялардан бири хисобланади. Кандидоз бу сил касаллигининг патогенетик ёки экологик йўлдоши хисобланади: Candida туркумидаги замбруғлар сил билан оғриган беморларнинг 40-80% аниқланади, уларда микозларни аниқланиш даражаси эса касаллик давомийлиги ва шаклига боғлиқ равишда 6,6% дан 73,8% учрайди

Изланиш мақсади. ўпка сили мавжуд беморларда урогенитал кандидозни комплекс даволаш усулини ўзлаштириш натижасида касалликни даволаш ва асоратларини олдини олишдан иборат.

Текшириш материалари ва усуллари. Клиник текширувлар АДТИ фтизиатрия кафедраси ходимлари томонидан вилоят фтизиатрия диспансерларида 2015-2017 йилларда ўпка сили ташхиси билан даволанган 20 дан 50 ёшгача бўлган 105 та аёлда олиб борилди. Таққослов гурухи 20 та соғлом аёлдан иборат бўлди.

Текширув натижалари. Кузатув остидаги аёллар ўртасида 30 ёшгача бўлган аёллар кўпроқ учради. Барча беморлар ижтимоий жихатдан бир-бирига мос ва доимий яшаш жойига эга бўлганлар. 62,9% дан зиёд аёллар никохда бўлиб доимий жинсий шерикларга эга бўлганлар. Ижтимоий жихатдан олиб қаралганда уй бекалари кўпроқни – 53,3%, хизматчилар – 28,6%, ОЎЮ ва коллеж талабалари эса – 18,1% ни ташкил этди.

Микробиологик текширишларда кандидоз 85 (80,9%) аниқланган бўлса, 20 (19,5%) эса Candida туркумли замбруғлар аниқланмади.

Ачитқи замбруғлари юқори нафас йўллари ажралмаларида – 28 (26,7%), сийдик-таносил тизимида – 8 (7,6%) аниқланди. Нафас ва сийдик-таносил тизимини бир вақтда кандидоз билан шикастланиши 49 (46,7%) аёлларда кузатилди.

Хулоса: Шундай қилиб, узоқ муддатли антибактериал даволаш фонидаги ўпка силининг турли шакллари кўпинча турли локализациядаги, айниқса урогенитал трактдаги иккиламчи кандидоз билан асоратланади.

Ўткир ва сурункали урогенитал кандидознинг клиник намоён бўлиши гениталийда микробиоценозда чуқур бузилиши ва махаллий химоя омилларини сусайиши билан бирга кечади, бу эса унга мос тарзда даволаш муолажаларини ўтказишни тақозо этади.

Ўпка сили мавжуд аёлларда урогенитал кандидозни даволаш усулини АДТИ 4 – 5 – 6 курс педиатрия ва даволаш факультети талабаларига мавзуни осон ўзлаштиришлари учун, педагогик технологиянинг замонавий усулларига таянган ҳолда махсус дастурлар ишлаб чиқилди ва у амалда фойдаланилмоқда.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Ойбекова Г.С., Алижанов М., Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

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 предопределяют 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ЛОБКОВОЙ ЧАСТИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Абдурахмонов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность крема «Деклосид» у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии гладкой кожи и лобковой части.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 42 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных варьировало от 6 до 39 лет, мужчин было 28, женщин - 14. У 19 больных процесс локализовался на лобковой части, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение лобковой части и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Крем «Деклосид» фирмы «World medicine» применялся наружно 2 раза в день (утром и вечером) путём аппликации в очаги поражения тонким слоем под повязку. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Все больные кроме местной терапии получили общее лечение системными фунгицидными препаратами: тербинокс, тербезил и гризеофульвин в общепринятой дозе 2 - 3 недели. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, витаминотерапию, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: К концу первой недели у большинства больных кожный процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессировался.

Заключение: Таким образом, наши наблюдения показывают, что крем «Деклосид» является высокоэффективным средством для наружного лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии гладкой кожи и лобковой части.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных красным плоским лишаём, получивших комплексное лечения с включением плазмафареза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 21 больных красным плоским лишаем (159-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 20 до 50 лет исследовали показатели микроциркуляции .Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($КИ_{общ.}$), оценивались периваскулярные ($КИ_1$), сосудистые ($КИ_2$) и внутрисосудистые ($КИ_3$) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 10 здоровых лиц.

Результаты: У больных красным плоским лишаем чаще всего встречались внутрисосудистие изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных $КИ_1$ равнялась 0,22±0,01 балл; $КИ_2$ - 4,54±0,01 балл; $КИ_3$ - 4,11±0,01 балл; $КИ_{общ}$ - 8,21±0,04 балл. После лечения соответственно-0,17±0.04 балл; 3,22±0,03 балл; 2,30±0,02 балл; 5,20±0,02 балл.

Выводы: Под воздействием комплексной терапии у больных красным плоским лишаём, без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отёк) претерпевали положительные изменения.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А., Тошпулатов Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при АД у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения АД, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные АД получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – мазь Фатидерм +»/Fatiderm-plus. Мазь наносилась на пораженную поверхность 2 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение с применением мази Фатидерм +»/Fatiderm-plus у больных АД повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия и мазь Фатидерм +»/Fatiderm-plus способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕРРУКАЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

Пакирдинов А.Б., Фозилов Ф.А., Мухаммаджонова Л.А., Тошпулатов Б.Х.,
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата Веррукацид у пациентов с вирусными бородавками.

Материалы и методы: 25 больных с диагнозом вирусные бородавки (10 женщины и 15 мужчин, средний возраст 28,5 лет) смазывали препаратом Веррукацид наружно 2 раза в день в течение 3-х дней, далее 4-х дневный перерыв и вновь повторно проводили процедуры с 3-х дневным курсом лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом и гинекологом (урологом), проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 15 дней.

Оценивались: переносимость препарата, результат после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местные реакции покраснения, незначительная выраженная боль. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через 1 месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У

одного (4%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезла клиническая картина аногенитальных бородавок.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений тоже получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы: Веррукацид является эффективным препаратом для лечения больных вирусными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений. В подавляющем большинстве (92%) веррукацил хорошо переносится больными.

АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных красным плоским лишаём.

Материалы и методы: У 21 больных (15 - мужчин, 6 - женщин) красным плоским лишаём в возрасте от 20 до 50 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО). Содержания МДА определяли на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer H. V. контролем служили результатом исследования 10 здоровых лиц.

Результаты: До лечения у больных красным плоским лишаём отмечалось повышения содержания МДА (4,4±0,04 ммоль/мл) по сравнению с группой контроля (3,2±0,006 нмоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до 4,07±0,04 нмоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено (191,46±1,17 ед. экстинкции) по сравнению с контролем (313,04±0.5 г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА и ГБО у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы (236,33±1,20 ед. экстинкции), по после 10-й процедуры ПА и ГБО т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным (189,34±2,52 ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных красным плоским лишаем, получивших комплексное лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 21 больных красным плоским лишаем (159-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 20 до 50 лет исследовали показатели микроциркуляции.Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($КИ_{общ.}$), оценивались периваскулярные ($КИ_1$), сосудистые ($КИ_2$) и внутрисосудистые ($КИ_3$) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 10 здоровых лиц.

Результаты: У больных красным плоским лишаём чаще всего встречались внутрисосудистие изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных $КИ_1$ равнялась 0,22±0,01 балл; $КИ_2$ - 4,54±0,01 балл; $КИ_3$ - 4,11±0,01 балл; $КИ_{общ}$ - 8,21±0,04 балл. После лечения соответственно-0,17±0.04 балл; 3,22±0,03 балл; 2,30±0,02 балл; 5,20±0,02 балл.

Выводы: Под воздействием комплексной терапии у больных красным плоским лишаём, без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отёк) претерпевали положительные изменения.

ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт,
Ташкентский Педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Изучить состояние кислородного баланса в организме больных красным плоским лишаём в процессе лечения гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 21 больных (15 мужчин, 6 женщин) красным плоским лишаём в возрасте от 20 до 50 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($Р_{тк}О_2$) в очагах поражения кожи. Измерения напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $Р_{тк}О_2$ оксимонитором ТСМ/2/20.. Контролем служили $Р_{тк}О_2$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты: До сеанса ГБО $Р_{тк}О_2$ на пораженных участках кожи больных красным плоским лишаём было достоверно ниже (55,16±0,74 мм/рт.ст.) чем у лиц контрольной группы 70,56±0,62 мм/рт.ст; ($P<0,05$) . Во время сеанса ГБО происходило повышения $Р_{тк}О_2$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40-45 минутах, то есть к концу сеанса ГБО (591,83±2,23 мм/рт.ст.). После сеанса ГБО $Р_{тк}О_2$ возвращалась к исходным данным, но все же было выше (60,85±0,29 мм./рт.ст.) чем до начала сеанса. К концу курса лечения $Р_{тк}О_2$ равнялась 71,23+0,36 мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $Р_{тк}О_2$ равнялась 64,23±0,35 мм/рт.ст., что являлась косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Выводы: Таким образом, транскутанное измерения $Р_{тк}О_2$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием оксигенации тканей, но и микроциркуляторные изменения в них под воздействием ГБО.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедрда дерматовенерологии и кафедра неонатологии ФУВ

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость (Рахматов А.Б. и др. 2009, Papp K.A., 2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом (Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н., 2005; Котельникова А.Б. и др., 2009; Рахматов А.Б.,2010). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепато Гиц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Урсосан» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмалитическим действием. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию вульгарного псориаза крем – бальзам «Облепиха и мумиё» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу лёгкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Урсосан» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Урсосан» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 15 больных вульгарным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 10-12 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМ “ДЕРМОВАЙТ И ИНДОМЕТАЦИН” В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ ГЛИЦИРОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт.
Кафедра дерматовенерологии и кафедра неонатологии ФУВ

Артропатическая форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Артропатическая форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать костную систему. Лечение артропатической формы псориаза назначается с учётом формы распространенности процесса и болевых ощущений. Показано назначение препарата глицирон, который оказывают терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы печен).

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность Крем «дермовайт и индометацин» и препарата «Глицирон» у больных артропатической формы псориаза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 26 больных (18 мужчин и 8 женщин), в возрасте от 20 до 55 лет. У всех больных было диагностировано артропатическая форма псориаза. Из них у 11 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. Увсех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Поспелова было положительна у всех больных. Из 26 больных у 9 был отмечен феномен Кебнера нам месте раздражений, травм, инъекций. Глицирон больные принимали внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали Крем бальзам «дермовайт и индометацин».

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением Крем «дермовайт и индометацин» и препарата глицирон, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул, бляшек уменьшение болевых ощущений. Регресс воспалительных явлений и болевых ощущений наблюдался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 4 - 5 дня. У всех больных после применения Крем «дермовайт и индометацин» и препарата «глицирон» побочные явления не наблюдались.

Выводы. Крем «дермовайт и индометацин» и препарат «глицирон» оказался эффективным препаратом в лечении артропатической формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования: Оценка термографических данных у больных красным плоским лишаем на фоне комплексного лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 21 больных красным плоским лишаем были изучены термографические данные, основанная на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенное с помощью аппарата «AGA-661». Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не поражённых участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

Результаты: У больных красным плоским лишаем до лечения в пределах одного очага поражения определялась пятнистая картина в виде чередования зон с повышенным и пониженным свечением. Температурный градиент между ними составлял от 0,5 до 2,0 градусов Цельсия. После курса комплексной терапии у больных с клинической ремиссией на термограммах определялось выравнивание температуры в очаге поражения и рядом расположенными участками кожного покрова или температурный градиент достигал 0,5 градусов Цельсия с уменьшением выраженности пятнистости на термограмме.

Выводы: У больных красным плоским лишаем, по данным термографии определялись температурные изменения в очагах поражения, которая нивелировалась после курса комплексной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЛИЦИРОН» И МАЗИ ЭПЛАН У ПАЦИЕНТОВ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии и кафедра неонатологии ФУВ

Вульгарная форма псориаза - это хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Вульгарная форма псориаза способен поражать нервную систему. Лечение Вульгарной формы псориаза назначается с учетом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Эссливер Форте и т.п.), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако гепатопротекторами все же являются для данного заболевания препарат Глицирон, помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Глицирон» и мази Эплан у больных артропатической формы псориаза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 55 больных (32 мужчин и 23 женщин), в возрасте от 20 до 50 лет. У всех больных было диагностировано артропатическая форма псориаза. Из них у 34 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей в области ягодицы и поясницы. В очаге поражений наблюдались папулы, чешуйки и шелушение. Симптом триады Поспелова было положительна у всех больных. Из 55 больных у 13 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Глицирон больные принимали внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, в течение 10 – 15 дней, а местные очаги поражения обрабатывались Крем бальзамом «Облепиха и мумиё». Глицирон – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением «Глицирон» и мази Эплан, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 2-3 дня. У всех больных после применения Глицирон» и мази Эплан побочные явления не наблюдались.

Выводы. Препарат Глицирон и мази Эплан оказались эффективным методом в лечении вульгарной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии и кафедра неонатологии ФУВ

Цель и задача исследования: Изучить функциональное состояние гипофизарной системы у пациенток атопическим дерматитом (АД) на фоне иглорефлексотерапии.

Материалы и методы исследования: У 34 больных АД в возрасте от 18 до 30 лет было изучено функциональное состояние гипофизарной системы, на основании исследования содержания в плазме кровы в обеих фазах менструального цикла фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютенизирующего (ЛГ) гормонов. ФСГ и ЛГ исследовали радиоиммунологическим методом с помощью коммерческих наборов фирмы «Yea-Jre-Sorin» (Франция).

Результати и их обсуждение. 23 пациентки без клинических признаков дисфункции составляли 1 группу, 11 с клиническими признаками дисфункции 2 группу.

Концентрация ЛГ у всех больных в период обострения заболевания была достоверно снижена как в фолликулиновой (I- группа больных 5,91 ± 0,43 мМЕ/мл; II- группа 3,6 ± 0,62 мМЕ/мл; контроль 16,1±4,8 мМЕ/мл), так и в лютеиновой (I- группа 5,76±0,51 мМЕ/мл, II- группа 6,0 ± 0,79 мМЕ/мл, контроль 12,8±2,9

мМЕ/мл) фазе менструального цикла, а в период ремиссии повышался как в фолликулиновой (I-группа 9,79±0,78 мМЕ/мл, II- группа 8,16 ±+ 0,95 мМЕ/мл), так и в лютеиновой фазе (I-группа 8,34±0,66 мМЕ/мл, II- группа 7,86± + 0,84 мМЕ/мл), но не достигла уровня контролной группы.

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении АД достоверно не отличалось от нормы (I-группа 18,26±1,38 мМЕ/мл, II-группа 18,76± 2,07 мМЕ/мл, контроль 14,2±5,1 мМЕ/мл), а в период ремиссии наблюдалось незначительное увеличение (I-группа 22,03±1,44 мМЕ/мл, II-группа 22,61 ± 3,74 мМЕ/мл). В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения АД достоверно превышал норму
(I- группа 11,8±0,85 мМЕ/мл, II- группа 10,72 ± 0,74 мМЕ/мл, контроль 7,5±1,5 мМЕ/мл), а в период ремиссии ещё более возрастала (I-группа 13,38±1,27 мМЕ/мл, II- группа 15,29 ±1,78 мМЕ/мл).

Выводы: У больных АД дисфункция гипофизарной системы проявляется недостаточностью регуляторных механизмов стероидогенеза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТЕРБИНОКС» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО – НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии и кафедра неонатологии ФУВ

Многочисленными клиническими исследованиями показано, что на современном этапе развития микологии изменение спектра возбудителей грибковых заболеваний приведет к развитию резистентности к применяемым противогрибковым средствам. Расширение возможностей терапии грибковых поражений кожи, обеспечение высокой эффективности лечения обуславливающее необходимость дальнейшего поиска новых высокочувствительных противогрибковых препаратов.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность притивогрибкового препарата «Тербинокс» у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии волосистой части головы.

Материалы и методы: Нами были проведены стационарное лечение 50 больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии волосистой части головы, в возрасте от 22 до 45 лет, из них 28 – мужчин, 22 – женщин. Во всех случаях диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением грибка в соскобе из очага поражения. 50 - пациентов получали препарат тербинокс по 1 таблетке (250мг) 1 раз в день в течение 14 - 28 дней. Кроме общего лечения все больные получили местное лечение тербинокс мазь, ихтиоловую мазь 10%.

Результаты: Из 50 больных лечившихся тербиноксом, положительный клинический эффект наблюдался у 50 (100%), причем у всех регресс кожного процесса наступил на 8 - 10 дня раньше.

Выводы: Таким образом, при изучении эффективности тербинокса у больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии волосистой части головы, препарат тербинокс и мазь тербинокс оказался эффективным методом лечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У ПАЦИЕНТОВ БППП

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З., Абдурахмонов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель: Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «**Генферон**» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин 12. У 15 больных была диагностирована микста инфекция вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13 генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «ГЕНФЕРОН» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам- ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки, в течение 10 дней

Результаты: У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы

исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9%) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, комбинация антибиотиков с «ГЕНФЕРОН»ом при лечении больных ИППП является предпочтительным и даёт более высокие положительные результаты.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепа Мерц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепа Мерц» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмалитическим действием. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию вульгарного псориаза крем – бальзам «Облепиха и мумиё» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу лёгкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Гепа Мерц» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепа Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 28 больных вульгарным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 10-12 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ 4 % ГЕЛЬЮ ПЕРМЕТРИН

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Терапия больных чесоткой направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов.

Для лечения чесотки предлагались различные препараты (серная мазь, мази Вилькинсона и Хельмериха и другие). В настоящее время во всем мире часто для лечения чесотки применяют метод Демьяновича, мазь Вилькинсона, Бензилбензоата, спрей Спрегал, Линдан, Кротамион, Серная мазь (5-10 %). Последние годы ученые для лечения чесотки начали применят 4% Перметрином. Многие исследователи отмечают об эффективности этого препарата при чесотке.

Препарат 4% Перметрин (перметрин, «Zandra», зандра Лайфсаенсиз Лимитед) применяется наружно один раз в 5 ден. 4% Перметрин эффективен и безопасен. Препарат применяется местно один раз в день, однако в 50% случаев требуется повторное лечение спустя 5 дней.

Выбор метода лечения играет большую роль, поскольку от этого зависит терапевтический эффект.

Под нашим наблюдением было 63 больных чесоткой, возрасте от 17 до 57 лет (40 мужчин, 23 женщины). Клинический и эпидемиологический диагноз чесотки был подтвержден лабораторными методами (обнаружение чесоточного клеща). Для лабораторной диагностики чесотки применялись следующие методы: извлечение клеща иглой; метод тонких срезов; сосков без крови; сосков до появления крови. 63 пациента Перметрин смазывали пораженный участки один раз в день 5 дней, повторением лечения через 5 дней. Через 2 дня после начало лечения зуд исчезал у 50 больных, на третий день у 13 больных. У 52 пациентов появление новых элементов отмечалось на 2 день, у 11 больных - на 3 день. К концу лечения выздоровление наблюдалось у 59 больных.

Вывод. 4% Перметрин (перметрин) является высокоэффективным в терапии чесотки. 4% Перметрин удобен в применении, побочных явлений во время лечения не отмечено.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИННАРИЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.,
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра Дерматовенерологии

Атопический дерматит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов, начинающихся в раннем детском возрасте. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии. Часто отмечаются функциональные нарушения нервной системы: быстрая утомляемость, вялость, раздражительность, плохой сон. Характерным является стойкий белый дермографизм (100%), кожные изменения сопровождаются интенсивным зудом, что в свою очередь воздействует на нервную систему, усиливая раздражительность, нарушая сон и таким образом, образуется порочный круг. В этих условиях включение в комплекс лечебных мероприятий средств действующее успокоительно на нервную систему является обязательным.

Циннаризин фирмы «Balkanpharma» выпускается в виде таблетки по 25 мг. Он положительно влияет на мозговое, периферическое и коронарное кровообращение: улучшает микроциркуляцию. Повышает способность эритроцитов к деформации и уменьшает повышенную вязкость крови. Повышает устойчивость тканей к гипоксии.

Препарат оказывает непосредственное спазмолитическое действие на кровеносные сосуды, уменьшает их реакцию на биогенные сосудосуживающие вещества (ангиотензии и др.) Потенцирует действие на сосуды мозга CO_2. Препарат обладает также противогистаминной активностью. По современным данным, фармакологические свойства циннаризина в значительной мере, обусловлена его способность блокировать мембранные кальциевые каналы. Он ингибирует поступление в клетки ионов кальция и уменьшает их содержание в депо плазмолемм (сарколемм).

Ионы кальция играют важную роль в регуляции жизнедеятельности организма. Проникая в клетки, они активируют внутриклеточные биоэнергетические процессы (превращение АТФ в цАМФ, фосфорилирование белков и др.), обеспечивающие реализацию физиологических функций этих клеток.

Учитывая вышеизложенных, мы для комплексного лечения 25 больных атопическим дерматитом применяли циннаризин как седативный препарат совместно с антиоксидантами, иммуномодуляторами, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, витаминами и местной терапией.

Из 40 больных в возрасте от 18 до 40 лет, мужчин было 25 и 15 - женщин. Циннаризин применяли 25 больным по 1 таблетке 1 раз в сутки и 15 больным (сильным зудом и нарушением сна) по 1 таблетке 2 раза в сутки.

Во время лечения у больных, которые принимали по 1 таблетке, сон нормализовался на 4-5 день лечения, папулёзные элементы начали рассасываться на 12-14 день, а у больных принимавших по 1таблетке 2 раза в сутки соответственно на 3-4 и 10-12 сутки.

У больных принимавших циннаризин по одной таблетке, клиническое выздоровление наступило на 2-3 дня раньше, чем у больных при обычных методах лечения, а в группе больных принимавших циннаризин по 1 таблетке 2 раза в сутки, на 4-5 дней раньше.

Таким образом, циннаризин можно рекомендовать при комплексном лечении больных атопическим дерматитом, предпочтительно назначать по 1таблетке 2 раза в сутки.

ГИЁҲВАНДЛАРДА ТРИХОМОНИАЗ КАСАЛЛИГИНИ УЧРАШИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А., Абдурахмонов А.А.
Дерматовенерология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Гиёҳвандлик инсонлар онгини заҳарлаётган, асрдан асрга утиб келаётган иллатдир. Гиёҳвандликнинг зарарли таъсирлари гиёҳванднинг ўзигагина эмас, оилага, бутун жамиятга, давлатнинг келажагига зарар етказади, қонунбузарликларни келтириб чиқаради. Ёшлар ҳозирги ҳаётимизнинг ярми, бироқ келажагимизнинг бутун бир яхлит кишиларидир. Гиёҳвандликни улар ўртасида тарқалиши хатарлидир, чунки бунинг оқибатида улар хар хил салбий ишларга, шу жумладан фаҳшга берилиб кетадилар, касалликларни юқтириб оладилар. 2008 йил Андижон вилояти бўйича жинсий алоқа воситасида юқувчи инфекциялардан бири бўлган трихомониаз касаллиги билан руйхатга олинганлар 1000 аҳоли сонига 36,5 ни ташкил қилади. Беморлар ёши жиҳатидан қуйидагича тақсимланган 15-20 ёш 4,8 %, 21-30 ёш 55,2%, 31-

40 ёш 32,2 %, 41-50 ёш 7,8%. Бундан аёллар 38,2% ни, эркаклар 61,8% ни ташкил килади. Беморлардан 35,7% ини гиёҳвандлар ташкил килган. Гиёҳвандлар ёшлари буйича 15-20 ёш 12,6% ни 21-30 ёш 65,4%, 31-40 ёш 12,6%, 41 ёшдан юқори беморлар фақат 8,4% ни ташкил килади.

Демак, трихомониаз касаллиги асосан ёшлар орасида (60,0%) тарқалган бўлиб, бу касалликни юқтириб олишда гиёҳвандлик асосий омиллардан бири ҳисобланади. Гиёҳвандлик соғлом турмуш тарзига ва авлодлар баркамоллигига таъсир килиб, ёшлар орасида ҳар хил касалликларнинг, шу жумладан трихомониаз касаллигининг кўпайишига олиб келади.

Шуни ҳисобга олиб оилани мустахкамлаш, баркамол авлодни тарбиялаш, касалликларни камайтириш мақсадида, ёшлар орасида гиёҳвандликка қарши кураш, ташаббускорлик ишларини янада кўпайтиришимиз даркор.

АЛКОГОЛИЗМ ВА ЧИН ЭКЗЕМА

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Мухаммаджонова Л.А., Фозилов Ф.А.
Андижон Давлат тиббиёт институти
Дерматовенерология кафедраси

Алкоголизмнинг инсон организмини бир қисми терига зарарли таъсири илмий адабиётда кўп ўрганилган. Бу ёмон одат терида турли хил касалликлар – экзема, псориаз, нейродермит, қизил югурук, дерматитларнинг кўп учраши ва кўзғалишига олиб келади.

Биз алкоголизм ва экзема хасталиги билан ўзаро боғлиқликни ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Андижон вилоятида яшовчи экзема билан хасталанган 821 нафар 16 ёшдан 74 ёшгача бўлган эркаклар текширувдан ўтказилди. Ичувчи – потатор деб 1 ойда 1 маротаба бўлса ҳам алкоголь истеъмол қилган экзема хастали беморлар ҳисобга олинган. Ҳафтасига 2 марта спиртли ичимлик қабул қилганда тез-тез, ойига 2-3 марта қабул қилса – кам ва ойда 1 марта қабул қилса жуда кам деб баҳоланади.
821 нафар - экзема билан хасталанган беморларда алкоголни суистеъмол қилувчилар 75 нафар (9,1%), шулардан 16-19 ёшлилар 6% , 20-29 ёшлилар 25%, 30-39 ёшлилар 26%, 40-49 ёшлилар 14%, 50-59 ёшлилар 12%, 60-69 ёшлилар 10%, 70 ёш ва ундан катталар 7% ни ташкил килди.

Демак, экзема ва алкоголизм билан оғриган беморлардан энг кўпи 20-29 ва 30-39 ёшларда аниқланган.

Алкоголь суистеъмол қилишни чеклаш экземанинг тузалиб кетиши ва даволашнинг самарадорлигини оширади.

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ФУНГИЦИД КРЕМЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ

Пақирдинов А.Б., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А., Абдурахмонов А.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Товон эпидермофитияси билан оғриган беморларда “Реканазол”(“Remedy Group”,) “Тербинокс”(“Юник фармасьютикал лабораториз”, Ҳиндистон), “Экалин” (“JAKA 80” Македония) ва “Клотримазол” (“Акрихин”, Россия) кремларини самарадорлигини қиёсий таққослаш учун маҳаллий давода ишлатиб кўрилди.

Жами даволанган беморлар 65 киши бўлиб, уларни ёши 20 дан 35 ёшгача. Касаллик 12 нафар беморда сквамоз шаклида, 27 та беморда интертригиноз шаклида, 26 нафар беморда дисгидротик шаклида кузатилган. “Реканазол” креми билан 19 нафар бемор, “Тербинокс” креми билан 17 нафар бемор, “Экалин” креми билан 15нафар бемор, “Клотримазол” креми билан 14 нафар бемор даволанди.

Ҳамма беморларга фунгицид кремлар ташқи муолажага буюрилди. Маҳаллий даводан ташқари умумий давога итракол, витаминлар ва десенсиблизацияловчилар қабул қилдилар.

Кузатувлар шуни кўрсатдики, ишлатилган кремлардан “Реканазол” буюрилган беморларда жароҳат ўчоғидаги патологик жараён, бошқа кремлар билан даволанганларга қараганда тезроқ қайта бошлаган. Беморларда бармоқлар орасидаги ва товон гумбазидаги тангачалар даво бошлангач 4-5 кундан кейин йўқолди, инфильтрация ҳафта охирида кескин камайиб, 10-12 кунда сўрилиб кетди. Иккинчи ҳафтанинг охирида жароҳат ўчоғи анча яхшиланди. “Тербинокс” ва “Экалин” креми билан даволанган беморларда патологик жараён 1-гуруҳга қараганда 2-3 кун кейинроқ, “Клотримазол” креми билан даволанганларда эса 7-10 кун кечроқ сўрилиши ва клиник тузалиш кузатилди.

Шундай қилиб, бизнинг кузатувлар шуни кўрсатдики, “Реканазол” креми беморларни даволашда клиник самарадорлиги жихатидан “Экалин” ва “Клотримазол” дан юқори турар экан.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У ПАЦИЕНТОВ БППП

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З., Абдурахмонов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

Цель: Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «**Генферон**» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин 12. У 15 больных была диагностирована микста инфекция вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13 генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «ГЕНФЕРОН» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам- ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки, в течение 10 дней

Результаты: У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9%) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, комбинация антибиотиков с «ГЕНФЕРОН»ом при лечении больных ИППП является предпочтительным и даёт более высокие положительные результаты.

DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR CORRECTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Primkulova G.N.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Achieving remission in depressive disorder is itself a significant treatment goal, as depression is a major factor in reducing quality of life and increasing health care costs in patients with CVD, while treating depression may also improve the prognosis for CVD, which is also attractive. perspective.

Purpose of the study. The aim of this study was to assess the severity of depressive disorders in patients with CVD and to correct them.

Materials and methods. We examined 211 patients with various CVDs aged from 18 to 65 years, of which 104 (49.3%) were men and 107 (50.7%) were women.

All patients underwent a standard general clinical examination, which included an assessment of complaints, anamnesis, physical and laboratory instrumental examinations.

Research results. All patients included in the study were diagnosed with hypertension. AG 1 tbsp. diagnosed in 51 (24.2%), AH 2 tbsp. - in 98 (46.4%) and AH 3 tbsp. - in 62 (29.4%) patients. Atrial fibrillation was significantly more often observed in patients of the 3rd group (IHD and MI in history) 2.7 and 1.9 times compared with patients of the first and second groups, respectively ($p < 0.05$). A history of stroke (ischemic or hemorrhagic) was also significantly more often detected in the third group than in the first and second - 4.4 and 2.0 times, respectively ($p < 0.05$).

Of the 211 patients included in the study, 127 (60.2%) patients showed signs of depressive disorders when using the Beck scale. Thus, mild and moderate depression (10-10 points) was diagnosed in 79 (37.4%) people, severe and severe (> 20 points) - in 68 (32.2%) patients. There were no significant differences between the groups, although there was a tendency towards an aggravation of depressive symptoms in patients of the third group.

Treatment of depressive disorders in patients with CVD has certain characteristics. First, there are significant concerns about the possible cardiotoxic effects of some antidepressants. Second, if the symptoms of depression result from a stressful health event (for example, adjustment disorder as a result of a cardiovascular event), there is a high likelihood of spontaneous remission without screening and treatment.

Third, the availability of psychiatric treatment for patients with major CVD may vary. Fourth, although the presence of mild subsyndromal symptoms of depression is associated with a poorer prognosis in CVD, it is unclear whether standard treatment for depression will provide benefits in patients with CVD and mild depressive disorders.

Conclusions. Thus, the study revealed a high level of depressive disorders in patients with CVD, significantly higher than in the general population, and therefore, patients with CVD are recommended to screen for depressive disorders. The high efficacy and safety of SSRI paroxetine in this category of patients has been shown.

DEPRESSIVE CONDITIONS AND THEIR TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Primkulova G.N.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Topical directions in the study of this problem are studies of the mechanisms of the cardiopathogenic action of depression, clinical features and differential diagnosis of somatized depressions in cardiological practice, issues of treatment of depressive disorders in patients with cardiovascular diseases (CVD). Depression initiates specific pathophysiological mechanisms that dramatically affect the state of the cardiovascular system.

The aim of this study was to study the clinical specificity of depressive disorders in patients with coronary artery disease. When examining and assessing CHD risk factors, we took into account age, sex, duration of CHD, occupational and behavioral risk factors, bad habits (smoking, alcohol), hereditary CVD burden.

Material and research methods: To solve the set tasks, 48 patients (m-28, 58.3%; f-20, 41.7%) were examined, who were inpatient treatment in the cardiology department of the AGMI clinic.

Research results. Inclusion criteria for the study: sick men and women over 18 years old with coronary artery disease and depressive disorders. Exclusion criteria from the study: severe concomitant diseases (impaired liver and kidney function, etc.). The duration of the history of ischemic heart disease - up to 34 years; in a number of patients, it was detected for the first time. Most patients with coronary artery disease were diagnosed at the age of 45 - 60 years. 10 patients had a history of ischemic stroke.

Clinical follow-up studies of patients with ischemic heart disease and depressive disorders made it possible to identify them as somatogenic, endogenous and psychogenic disorders.

All patients were examined by cardiologists using the HADS scale. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to screen for depression and anxiety. The Hamilton scale (HADS) was used to verify screening and assess the severity of symptoms of depression.

After the appointment of antidepressants, the condition of 38 (62.5%) patients improved. In this regard, it is advisable to prescribe antidepressants in therapeutic practice.

Conclusion: The results of this study confirm the rationality of an integrated approach in the treatment of patients with coronary artery disease, which allows to optimize the treatment and diagnostic process, promotes rehabilitation tactics, and improves the quality of life of such patients.

EXPERIENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC DISEASE

Primkulova G.N.
Department propeduction of internal diseases
Andijan State Medical Institute

At present, much attention is paid to the study of various soluble forms of adhesive molecules belonging to a new class of immunoregulatory microparticles in various pathological processes. It should be noted that information about the participation of these molecular forms in the pathogenesis of COPD and IHD is sporadic and contradictory.

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-a), interleukin-4, interleukin-6.

Objective: to optimize the diagnosis of myocardial remodeling in patients with chronic obstructive pulmonary disease, combined with ischemic heart disease, exertional angina II, III functional classes, taking into account 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 coronary artery disease, the following groups of patients were identified: 1st - with COPD without concomitant coronary artery 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 consisted of patients with coronary artery disease (n = 36), mainly with exertional angina SFC.

The control group consisted of clinically healthy individuals who did not have 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). Patients from the COPD + IHD and COPD groups were admitted to the hospital with an exacerbation of respiratory disease and received standard therapy for the relief of exacerbation of COPD: nebulized short-acting and / or prolonged-acting bronchodilators (m-anticholinergics, (32 -agonists); nebulized forms of inhaled glucocorticosteroids) ; mu-colitis, as well as systemic glucocorticosteroids (sGKS) in a short course (5-10 days). In case of signs of an infectious exacerbation of COPD, patients were additionally prescribed antibiotics empirically.

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 spirography, taking into account the FEV 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 Counsel (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. On an automatic ("Eton-01") pneumotachometer, the function of external respiration (FVD) was studied. Doppler echocardiography (Doppler Echo-KG) was performed on the APOGEE-SX apparatus using a transducer with a frequency of 3.5 MHz.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО ГЕНОТИПАМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА

Пулатов Музаффар Эргашевич
Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее десятилетие в различных областях медицины, гепатит С остаётся острой проблемой для врача клинической практики, нередко вызывая значительные затруднения как при постановке диагноза, так и при проведении противовирусной терапии. По данным ВОЗ, в мире количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) составляет не менее 500 млн. человек, при этом более 170-200 млн. из них являются больными хроническим гепатитом С (ХГС) (5,6,7). Маркеры вирусного гепатита С (HCV) диагностированы у 1-3% населения земного шара. Люди страдающие вирусном гепатитом С являются основной причиной развития хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. При этом в 60-70% случаев и более исходы данной инфекции развивающиеся в поздние сроки (спустя 15-25 лет после инфицирования) являются причиной смерти больных. Отсутствие специфической профилактики гепатита С и сложности лечения определяют актуальность данной проблемы медицины.

Цель исследования. Установление широты распространения генотипов ВГС среди здоровых и больных групп населения, живущих в городе Андижане.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 977 человек (570 взрослых и 402 детей), составляющие 4 группы, организованные в детские ясли, сады и школы. 2-ю группу составили 104 практически здоровые взрослые, в возрасте 18-50 лет. 3-ю группу составили 471 кадровые доноры, постоянно сдающие кровь в станцию переливания крови г. Андижана. В 4-ю группу вошли 142 детей - пациенты реанимационного отделения, находящиеся там с тяжелыми формами ОКИ, сепсиса и других заболеваний. Обследованные дети и взрослые в указанных выше группах отрицали в анамнезе перенесенные парентеральные вирусные гепатиты.

С цельюизучения распространения различных генотипов ВГС в г Андижане была проведена индикация РНК ВГС методом RT-PCRв сыворотках крови, положительных на анти- ВГС с последующимгенотипированием выделенных образцов РНК ВГС. Исследовано 80 образцов по 20 образцов с каждой обследованной группы.

Результаты обследования и их обсуждение. Результаты изучения генотипов ВГС показали, что наибольшее разнообразие генотипов ВГС отмечены в группе пациентов реанимационного отделения, где у 70,0% выявлен генотип 1 и почти равномерно выявлялись генотипы 1а, 2а. 3а (соответственно: 10,5; 8,5 и 11%). А среди кадровых доноров генотип 1в выявлен в 80,0%, генотипы 1а соответственно- 9,5 и 10,5%.

Среди здоровых детей и взрослых были выявлены только 2 генотипа. Преобладающим генотипом у них был 1в (80,0% и 90,0% соответственно). Генотип 1а встречался реже (20,0 и 10% соответственно).

Выводы. Высокий уровень носительства и многообразие генотипов ВГС объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций, включая переливания крови и ее препаратов по сравнению с группами практически здоровых

детей и взрослых. Наиболее высокие показатели выявляются у часто болеющих детей, пациентов реанимационного отделения, взрослых кадровых доноров и сравнительно низкие у практически здоровых детей и взрослых. Высокий уровень носительства объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций по сравнению с группами практически здоровых детей и взрослых

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО ГЕНОТИПАМ ЖИВУЩИХ ЛЮДЕЙ ГОРОДА АНДИЖАНА

Пулатов Музаффар Эргашевич
Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее десятилетие в различных областях медицины, гепатит С остаётся острой проблемой для врача клинической практики, нередко вызывая значительные затруднения как при постановке диагноза так и при проведении противовирусной терапии. По данным ВОЗ, в мире количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) составляет не менее 500 млн. человек, при этом более 170-200 млн. из них являются больными хроническим гепатитом С (ХГС) (5,6,7). Маркеры вирусного гепатита С (HCV) диагностированы у 1-3% населения земного шара. Люди страдающие вирусном гепатитом С являются основной причиной развития хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. При этом в 60-70% случаев и более исходы данной инфекции развивающиеся в поздние сроки (спустя 15-25 лет после инфицирования) являются причиной смерти больных. Отсутствие специфической профилактики гепатита С и сложности лечения определяют актуальность данной проблемы медицины.

Цель исследования. Установление широты распространения генотипов ВГС среди здоровых и больных групп населения живущих города Андижана.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 977 человек (570 взрослых и 402 детей) составляющие 4 группы. В I группу вошли 260 практически здоровые детив возрасте от 1 до 14 лет организованные в детские ясли, сады и школы. 2-ю группу составили 104 практически здоровые взрослые, в возрасте 18-50 лет. 3-ю группу составили 471 кадровые доноры постоянно сдающие кровь в станцию переливания крови, г. Андижана. В 4-ю группу вошли 142 детей - пациенты реанимационного отделения, находящиеся там с тяжелыми формами ОКИ, сепсиса и других заболеваний. Обследованные дети и взрослые в указанных выше группах отрицали в анамнезе перенесенные парентеральные вирусные гепатиты.

С целью изучения распространения различных генотипов ВГС в г Андижане была проведена индикация РНК ВГС методом RT-PCR в сыворотках крови, положительных на анти- ВГС с последующим генотипированием выделенных образцов РНК ВГС. Исследовано 80 образцов по 20 образцов с каждой обследованной группы.

Результаты обследования и их обсуждение. Результаты изучения генотипов ВГС показали, что наибольшее разнообразие генотипов ВГС отмечены в группе пациентов реанимационного отделения, где у 70,0% выявлен генотип 1 и почти равномерно выявлялись генотипы 1а, 2а. 3а (соответственно: 10,5; 8,5 и 11%). А среди кадровых доноров генотип 1в выявлен в 80,0%, генотипы 1а соответственно- 9,5 и 10,5%. Среди здоровых детей и взрослых были выявлены только 2 генотипа. Преобладающим генотипом у них был 1в (80,0% и 90,0% соответственно). Генотип 1а встречался реже (20,0 и 10% соответственно).

Выводы.

1. Высокий уровень носительства и многообразие генотипов ВГС объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций, включая переливания крови и ее препаратов по сравнению с группами практически здоровых детей и взрослых.
2. Наиболее высокие показатели выявляются у часто болеющих детей, пациентов реанимационного отделения, взрослых кадровых доноров и сравнительно низкие у практически здоровых детей и взрослых. Высокий уровень носительства объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций по сравнению с группами практически здоровых детей и взрослых

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Равзатов Ж.Б., Жураева М.А., Ашуралиева 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, клинико-лабораторных и инструментальных данных. Вирусный генез поражения печени подтверждался наличием в сыворотке крови маркеров вирусного гепатита C-Anti-HCV total, Anti-HCV core IgG, Anti-HCV core IgM, Anti- HCV NS3, Anti- HCV NS4, Anti- HCV NS5; вируса гепатитв B: HBs-антигени, HBe – антиген, анти-HBs антиген, HBe IgG, HBc IgG.

Всего в исследование включено 78 больных, из них 35 больных с НСУ- инфекцией, 38 - с НВУ-инфекцией, 5 - с микстинфекцией (НСУ + НВУ, НВУ + 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 ± 7,4 лет, длительность заболевания в 1-ой группе - 2,3±2,1 года, во второй - 3,6±2,6 лет, а в 3-ой группе - 5,7±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 фиброгастродуаденоскопия (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%).

O'TKIR GASTRITDA ME'DANI HOLATINI FUNKTSIONAL BAHOLASHDA EHOGRAFIYANI IMKONIYATLARI

Rasulova M.M.[1] Nazirov B.P.[2]
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent, O'zbekiston[1]
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston[2]

Kirish. Me'da kasalliklarida funktsional va organik o'zgarishlarni baholash o'tkir gastrit bilan og'rigan bemorlar uchun aniq tashhis qo'yish va davolash taktikasidagi muhim klinik ko'rsatkichlarga asoslanadi.

Maqsad. O'tkir gastritda me'daning funktsional holatini transabdominal ultratovushli grafografiya orqali imkoniyatini o'rganish.

Materiallar va usullar. Klinik eografik va endoskopik tadqiqotlar me'dani funktsional va organik o'zgarishsiz (nazorat guruhi) 25ta va o'tkir gastrit bilan og'rigan 35 bemorda o'tkazildi: 22 bemorda o'tkir kataral va 13 yoshda kichik eroziv gastrit. Transabdominal ultratovush tekshiruvi kulrang shkalada 2,5-5,0 MGts chastotali ko'p chastotali datchiklardan foydalangan holda va standart tekshiruvi muvofiq rangli Dopller foydalangan holda och qoringa va sun'iy kontrast bilan (400 ml gacha bo'lgan issiq gazsizlangan suv) ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. "Kattalashtirish (ZOOM)" va toqima garmonika (THI) rejimlari orqali exografik tasviri yaxshilandi. Barcha bemorlarda me'dani peristaltik to'lqinning parametrlari (chastotasi, tezlik, amplitudasi), shuningdek me'daning evakuatsiya funksiyasi aniqlandi. Barcha bemorlarga ezofagogastroduodenoskopiya (EFGDS) o'tkazildi.

Natijalar. Och qoringa me'dani holati va oziq-ovqat qoldiqlari borligi to'g'risida dastlabki ekografik ma'lumotlar olingan. Oshqozon tasvirini olish uchun epigastral sohasida, chap va o'ng qovurg'a ostida bir nechta ko'ndalang, qiya va bo'ylama kesimlarda bajarildi.

Shundan so'ng, bemorga naycha orqali 250-400 ml miqdorida gazsiz iliq suv ichish taklif qilindi. Tadqiqot har 10-15 daqiqada takrorlandi. Suyuqlik bilan to'ldirilgan oshqozon devorlarining qatlamlarini, uning motor-evakuatsiya funksiyasini o'rganish, funksional va organik o'zgarishlarni aniqlash mumkin edi.

Transabdominal tekshiruvi orqali sog'lom odamlarda oshqozonni motor-evakuatsiya qilish funksiyasi fazali davrlar bilan ajralib turardi. Suyuqlikni iste'mol qigandan so'ng dastlabki 3-4 daqiqada mayatnik harakati va sekin,

sayoz peristaltik to'lqinlar kuzatildi. Me’dani suyuqlikni qabul qilganidan 10-15 minut o'tgach evakuatsiya qilish, oshqozon tarkibidagi moddalarning pilorik kanal orqali refleksli harakatlanishi boshlanganda aniqlanadi.
Oshqozon holatini kuzatish shuni ko'rsatdiki, uni faol evakuatsiya qilish 4-25 daqiqada kuzatiladi va ketma-ket chuqur peristaltik to'lqinlar bilan tavsiflanadi, ularning chastotasi daqiqasiga 3-4, amplituda esa me’dani antral sohasining yarmiga etadi. Oshqozon 45-60 daqiqadan so'ng devorining harakatining sekinlashishi (daqiqada 1-2 harakat) va suyuqlikni evakuatsiya qilish tezligining pasayishi kuzatiladi.

25 sog'lom va 25 bemorning 7 tasida gastroduodenal reflyuksi kuzatilgan. Gastrit bilan og'rigan bemorlarning 13 ta holatida 20-30 soniya davomida sfinkter doimiy ochilishi qayd etilgan. Rangli doppler rejimida suyuqlikni regurgitatsiyani bo'yash shaklida reflyuksning aktivligini baholashni imkon berdi: passiv qaytarilish bilan sfinkter maksimal ochilishning yarmidan 20 mm gacha kuzatildi va faol reflyuks bilan sfinkterning to'liq yoki undan ko'p qismi bilan 40-50 mm dan ortiq bo'yash aniqlandi.

8 bemorda 1-darajali gastroptoz kuzatildi.

Biz o'tkir kataral gastritning quyidagi belgilarini exografik jihatdan aniqladik (n = 22): mahalliy (asosan antrumda) va oshqozon shilliq qavati devorining 6-7 mm gacha qalinlashishi, besh qatlari saqlanib, 2-chi shilliqosti mushak plastinkasi qatlami qalinlashadi. Gastrit bilan og'rigan barcha bemorlarda oshqozonning ichki devori bo'ylab ko'p miqdordagi biriktirilgan havo pufakchalari mavjud edi.

Peristaltik to'lqinlar har xil to'lqinlar bilan ifodalangan bo'lib, oshqozon bo’shligida och qorinda suyultirilgan shilimshiqning elementlari va me’daning ichki devori bo'ylab ko'p miqdordagi exogen chiziqli biriktirmalar kuzatilgan. Ushbu ma'lumotlar ezofagoduodenoskopiya bilan tasdiqlangan, yani shilliq qavat giperemik, oshqozon bo'shlig'ida suyultirilgan safro borligi va duodeno-me’da reflyuksi belgilari kuzatilgan.

Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra eroziv gastritni (n = 13) aniqlash qiyin bo'lgan. Shu kasallikga xos exografik belgisi bu “kameta dumi” artefakti bilan birgalikda oshqozonning ichki devori bo'ylab ba'zi joylarda biriktirilgan havo pufakchalari mavjud edi. Shilliq qavat qalinligining 7-8 mm gacha qalinlanishi, ichki qatlam noteksligi bilan birga, och qoringa oshqozonda shilliq miqdori ko’pligi, peristaltikaning amplitudasining pasayishi, duodenogastrik reflyuksi mavjudligi gastritning ushbu shaklining exografik xulosasini keltirib chiqardi, bu endoskopik tekshiruv bilan tasdiqlandi.

Xulosa. Ultratovush tadqiqot usullaridan foydalanish tarkibiy o'zgarishlar bilan bir qatorda, oshqozonning yallig'lanish jarayonlaridagi funksional holatni baholashga imkon beradi. Bu esa o'tkir gastrit bilan og'rigan bemorlarni davolash usullarni aniqlash uchun muhimdir

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Расулова М.М.
Факультет кафедры стоматологии и пропедевтики стоматологические болезни
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Клиновидный дефект - убыль эмали в области шейки зуба в виде треугольника (конуса) с вершиной, обращенной в сторону полости зуба. В стоматологии клиновидные дефекты, флюроз и эрозия зубов относят к некариозным зубам твердых тканей зуба.

Клиновидные дефекты диагностируются примерно у 20-35% населения, преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста; однако при специальном обследовании начальные проявления или предпосылки к образованию дефектов эмали нередко выявляются уже в молодом возрасте.

Прогрессирование морфологических изменений, происходящих на фоне клиновидного дефекта в твердых тканях зуба, способствует деструкции пародонтального комплекса и возникновению.

Цель исследования. Цель статьи – обоснование тактики оперативного лечения клиновидного дефекта зубов в зависимости от глубины микротрещин эмали.

Материалы и методы исследования. Для определения микротвердости твердых тканей зубов с клиновидным дефектом были исследованы их продольные шлифы. Образцы были представлены зубами обеих челюстей, удаленных по клиническим показаниям у пациентов в возрасте 25-54 лет, которые промывали под проточной водой, очищали от сгустков крови в 3% растворе перекиси водорода, хранили в 10% нейтральном растворе формалина.

Результаты исследования. Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что при развитии клиновидных дефектов происходят изменения в показателях микротвердости как эмали, так и дентина. Причем, эти изменения при клиновидных дефектах и при кариесе отличаются. В зубах с клиновидным дефектом микротвердость эмали статистически значимо различалась, в зависимости от глубины микротрещин, в области режущего края (бугра) и экватора ($p<0,05$), но ее значения были ниже при глубоких дефектах III типа и выше – при наличии микротрещин II типа.

Прочность дентина зубов с некариозной патологией также статистически значимо отличалась, в зависимости от глубины микротрещин эмали, в области коронковой поверхности клиновидного дефекта (p0,05), что согласуется с данными литературы. Следует отметить, что прочность дентина коронковой

поверхности клиновидного дефекта образцов со II типом микротрещин была выше, чем десенной, а в образцах с III типом микротрещин эмали, наоборот.

Вывод. При отсутствии лечения клиновидный дефект склонен к неуклонному прогрессированию, приводящему к разрушению зуба. Методы лечения клиновидных дефектов, используемые на сегодняшний день, к сожалению, не лишены своих недостатков. Так, реставрации клиновидного дефекта с помощью пломбировочных материалов недолговечны и требуют частой замены пломб; коронки и виниры устраняют только эстетический дефект, но не препятствуют возникновению клиновидных дефектов на соседних зубах. Поэтому эстетическая реставрация клиновидного дефекта обязательно должная сочетаться с оптимизацией окклюзии.

Профилактика образования клиновидных дефектов заключается в правильном подборе средств ухода за полостью рта (зубных щеток, паст), обучении пациентов методике чистки зубов, проведении регулярных профилактических осмотров, отказе от употребления агрессивных по своему химическому составу напитков.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

Расулова М.М.
Факультет кафедры стоматологии и пропедевтики стоматологические болезни
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Проблема диагностики и лечения клиновидных дефектов твердых тканей зуба обусловлена своей распространенностью, отсутствием единства взглядов на тактику лечения и недостаточностью освещения в научно-медицинской литературе. Если изучению кариеса зубов уделяется много внимания, то вопросам изучения некариозных поражений зубов у взрослого человека посвящены единичные публикации

Цель исследования. Изучить распространенность клиновидных дефектов твердых тканей зуба у взрослых людей разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Обследованы 4549 пациентов (2276 мужчин и 2272 женщин) в возрасте от 22 до 87 лет. Все обследуемые были разделены на 4 группы: 1-я – молодой возраст (22–39 лет); 2-я – средний возраст (40–59 лет); 3-я – пожилой возраст (60–74 года); 4-я – старческий возраст (75–87 лет),

Результаты исследования. Клиновидные дефекты твердых тканей зуба в 1-й возрастной группе диагностированы у 86 человек (51 мужчины и 35 женщин). При этом единичные клиновидные дефекты твердых тканей зуба в количестве 2–3 выявлены у 80 человек (47 мужчин и 33 женщин).

Множественные (4 и более) клиновидные дефекты диагностированы у 6 человек (4 мужчин и 2 женщин). Фаза обострения данной патологии, характеризующаяся быстрой (в течение 2–3 месяцев) убылью твердых тканей зуба, диагностирована у 4 человек (2 мужчин и 2 женщин). У остальных 82 пациентов 1-й возрастной группы, страдающих клиновидными дефектами твердых тканей зуба, выявлена фаза стабилизации, характеризующаяся медленным развитием клиновидных дефектов при умеренно выраженной гиперестезии твердых тканей или её отсутствии.

Стадия начальных проявлений клиновидных дефектов (1-я стадия) в 1-й возрастной группе отмечена у 3 пациентов, (2 мужчин и 1 женщины). Поверхностные клиновидные дефекты (2-я стадия) диагностирована у 78 человек (46 мужчин и 32 женщин). В этой стадии клиновидные дефекты обычно имеют щелевидную форму, глубину до 0,5 мм и длину стороны дефекта до 3–3,5 мм, при характерном повреждении эмали зуба. Средние клиновидные дефекты (3-я стадия) выявлялись редко – 5 случаев (3 мужчины и 2 женщины). Они характеризовались дефектом, ограниченным двумя плоскостями, располагающимися друг к другу по углом 40–45° при глубине дефекта 1–1,2 мм и длине стороны дефекта до 4 мм. Глубоких клиновидных дефектов (4-я стадия) у людей молодого возраста не выявлено.

Установлено, что клиновидными дефектами твердых тканей зуба страдают 879 (19,33%) человек из 4549 осмотренных (465 мужчин и 414 женщин). При этом обострение патологического процесса диагностировано у 7 (0,76%) человек (4 мужчин и 2 женщин), фаза стабилизации – у 872 (99,2%) человек (461 мужчин и 411 женщин). Клиновидные дефекты 1-й стадии выявлены у 4 (0,46%) человек (3 мужчин и одной женщины), 2-й стадии – у 345 (39,25%) человек (169 мужчин и 176 женщин), 3-й стадии – у 375 (42,66%) человек (213 мужчин и 162 женщин), 4-й стадии – у 155 (17,63%) человек (80 мужчин и 75 женщин), при этом у последних были повреждены глубокие слои дентина, вплоть до коронковой полости зуба. Данной категории пациентов требовались стоматологические лечебно-профилактического вмешательства, направленные на устранение убыли твердых тканей зубов, а также лечение гиперестезии, путем терапевтических стоматологических мероприятий или зубного протезирования.

Вывод. При наличии у пациента клиновидных дефектов твердых тканей зуба выясняли состояние внутренних органов и систем организма на основании данных анамнеза и представленных пациентами медицинских документов от врачейинтернистов. При изучении клиновидных дефектов зуба оценивали их распространенность (единичные, множественные), а также учитывали стадию развития этой патологии:

начальную, поверхностную, среднюю и глубокую, а также фазы обострения и стабилизации клиновидного дефекта. Частоту встречаемости клиновидных дефектов твердых тканей зуба определяли в абсолютном выражении и процентах.

O'TKIR GASTRITDA ME’DANI HOLATINI FUNKTSIONAL BAHOLASHDA EHOGRAFIYANI IMKONIYATLARI

Rasulova M.M.[1] Nazirov B.P.[2]
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent, O'zbekiston[1]
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston[2]

Kirish. Me’da kasalliklarida funktsional va organik o'zgarishlarni baholash o'tkir gastrit bilan og'rigan bemorlar uchun aniq tashhis qo'yish va davolash taktikasidagi muhim klinik ko'rsatkichlarga asoslanadi.

Maqsad. O'tkir gastritda me’daning funktsional holatini transabdominal ultratovushli grafografiya orqali imkoniyatini o'rganish.

Materiallar va usullar. Klinik eografik va endoskopik tadqiqotlar me’dani funktsional va organik o'zgarishsiz (nazorat guruhi) 25ta va o'tkir gastrit bilan og'rigan 35 bemorda o'tkazildi: 22 bemorda o'tkir kataral va 13 yoshda kichik eroziv gastrit. Transabdominal ultratovush tekshiruvi kulrang shkalada 2,5-5,0 MGts chastotali ko'p chastotali datchiklardan foydalangan holda va standart tekshiruvi muvofiq rangli Doplller foydalangan holda och qoringa va sun'iy kontrast bilan (400 ml gacha bo'lgan issiq gazsizlangan suv) ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. "Kattalashtirish (ZOOM)" va toqima garmonika (THI) rejimlari orqali exografik tasviri yaxshilandi. Barcha bemorlarda me’dani peristaltik to'lqinning parametrlari (chastotasi, tezlik, amplitudasi), shuningdek me’daning evakuatsiya funksiyasi aniqlandi. Barcha bemorlarga ezofagogastroduodenoskopiya (EFGDS) o'tkazildi.

Natijalar. Och qoringa me’dani holati va oziq-ovqat qoldiqlari borligi to'g'risida dastlabki ekografik ma'lumotlar olingan. Oshqozon tasvirini olish uchun epigastral sohasida, chap va o’ng qovurg’a ostida bir nechta ko'ndalang, qiya va bo'ylama kesimlarda bajarildi.

Shundan so'ng, bemorga naycha orqali 250-400 ml miqdorida gazsiz iliq suv ichish taklif qilindi. Tadqiqot har 10-15 daqiqada takrorlandi. Suyuqlik bilan to'ldirilgan oshqozon devorlarining qatlamlarini, uning motor-evakuatsiya funksiyasini o'rganish, funksional va organik o'zgarishlarni aniqlash mumkin edi.

Transabdominal tekshiruvi orqali sog'lom odamlarda oshqozonni motor-evakuatsiya qilish funksiyasi fazali davrlar bilan ajralib turardi. Suyuqlikni iste’mol qigandan so'ng dastlabki 3-4 daqiqada mayatnik harakati va sekin, sayoz peristaltik to'lqinlar kuzatildi. Me’dani suyuqlikni qabul qilganidan 10-15 minut o'tgach evakuatsiya qilish, oshqozon tarkibidagi moddalarning pilorik kanal orqali refleksli harakatlanishi boshlanganda aniqlanadi.

Oshqozon holatini kuzatish shuni ko'rsatdiki, uni faol evakuatsiya qilish 4-25 daqiqada kuzatiladi va ketma-ket chuqur peristaltik to'lqinlar bilan tavsiflanadi, ularning chastotasi daqiqasiga 3-4, amplituda esa me’dani antral sohasining yarmiga etadi. Oshqozon 45-60 daqiqadan so'ng devorining harakatining sekinlashishi (daqiqada 1-2 harakat) va suyuqlikni evakuatsiya qilish tezligining pasayishi kuzatiladi.

25 sog'lom va 25 bemorning 7 tasida gastroduodenal reflyuksi kuzatilgan. Gastrit bilan og'rigan bemorlarning 13 ta holatida 20-30 soniya davomida sfinkter doimiy ochilishi qayd etilgan. Rangli doppler rejimida suyuqlikni regurgitatsiyani bo'yash shaklida reflyuksning aktivligini baholashni imkon berdi: passiv qaytarilish bilan sfinkter maksimal ochilishning yarmidan 20 mm gacha kuzatildi va faol reflyuks bilan sfinkterning to'liq yoki undan ko'p qismi bilan 40-50 mm dan ortiq bo'yash aniqlandi.

8 bemorda 1-darajali gastroptoz kuzatildi.

Biz o'tkir kataral gastritning quyidagi belgilarini exografik jihatdan aniqladik (n = 22): mahalliy (asosan antrumda) va oshqozon shilliq qavati devorining 6-7 mm gacha qalinlashishi, besh qatlari saqlanib, 2-chi shilliqosti mushak plastinkasi qatlami qalinlashadi. Gastrit bilan og'rigan barcha bemorlarda oshqozonning ichki devori bo'ylab ko'p miqdordagi biriktirilgan havo pufakchalari mavjud edi.

Peristaltik to'lqinlar har xil to'lqinlar bilan ifodalangan bo'lib, oshqozon bo’shligida och qorinda suyultirilgan shilimshiqning elementlari va me’daning ichki devori bo'ylab ko'p miqdordagi exogen chiziqli biriktirmalar kuzatilgan. Ushbu ma'lumotlar ezofagoduodenoskopiya bilan tasdiqlangan, yani shilliq qavat giperemik, oshqozon bo'shlig'ida suyultirilgan safro borligi va duodeno-me’da reflyuksi belgilari kuzatilgan.

Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra eroziv gastritni (n = 13) aniqlash qiyin bo'lgan. Shu kasallikga xos exografik belgisi bu “kameta dumi” artefakti bilan birgalikda oshqozonning ichki devori bo'ylab ba'zi joylarda biriktirilgan havo pufakchalari mavjud edi. Shilliq qavat qalinligining 7-8 mm gacha qalinlanishi, ichki qatlam noteksligi bilan birga, och qoringa oshqozonda shilliq miqdori ko’pligi, peristaltikaning amplitudasining pasayishi, duodenogastrik reflyuksi mavjudligi gastritning ushbu shaklining exografik xulosasini keltirib chiqardi, bu endoskopik tekshiruv bilan tasdiqlandi.

Xulosa. Ultratovush tadqiqot usullaridan foydalanish tarkibiy o'zgarishlar bilan bir qatorda, oshqozonning yallig'lanish jarayonlaridagi funksional holatni baholashga imkon beradi. Bu esa o'tkir gastrit bilan og'rigan bemorlarni davolash usullarni aniqlash uchun muhimdir

ЗНАЧИМОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ЭХОГРАФИЧЕКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Расулова М.М.[1], Самибоев Д.Р.[2]
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан[1]
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан[2]

Введение. Современные методы медицинской визуализации открыли новые возможности в распознавании полостных образований печени различной этиологии Вопросы ранней и уточняющей диагностики и определения этиологии полостных структур печени, тем самым определение тактики планирования лечебных мероприятий остаются актуальными.

Цель. Улучшение уточняющей дифференциальной ультразвуковой диагностики полостных образований печени путем оптимизации эхографического изображения.

Материал и методы. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проведено 30 пациентам с очаговыми заболеваниями печени в возрасте 11-75 лет на приборе экспертного класса с использованием мультичастотного конвексного датчика 2-5 МГц. Исследование проводилось по стандартной методике: оценивалась топография, подвижность, контуры, эхоструктура, эхогенность, звукопроводимость паренхимы печени с определением её биометрических параметров; оценивалось состояние сосудистой архитектоники и состояние желчевыводящих протоков; оценивалась форма, размеры, толщина стенки и содержимое желчного пузыря, а также обзорная ревизия органов верхнего этажа брюной полости.

После обзорного исследования, проводился детальный анализ выявленных полостных образований печени, используя тканевую гармонику и пульт увеличения изображения «ZOOM» с фокусировкой луча на исследованную область, режимы допплерографии (цветное допплеровское картирование (ЦДК) и спектральный допплер (PW)). Всем пациентам с полостными образованиями дополнительны была проведена компьютерная томография.

Результаты. В результате проведенных ультразвуковых исследований в режиме серой шкалы с применением методик тканевой гармоники и пульта «ZOOM» у 7 пациентов были обнаружены биломы, представленные отграниченными полостными структурами вариабельного размерами с анэхогенным содержимым, дающих дистальное усиление ультразвука. Отличительным признаком билом было слабо выраженная неровность контура, отличимая в режиме «ZOOM» и отсутствие капсулы полости.

У 4 пациентов были диагностированы абсцессы печени, локализующихся вблизи желчного пузыря, заполненного множественными конкрементами с признаками эмпиемы желчного пузыря. При этом абсцедированные полости отличались бесформенными полостными структурами с неравномерно повышенной эхогенностью перифокальной инфильтрации печени, а содержимое было представлено густым дисперсным содержимым. В режиме ЦДК на минимальной шкале скоростей кровотока отмечалось неравномерное усиление сосудистых элементов в перифокальных отделах полости.

У 9 пациентов старше 50 лет в структуре печени, селезенки и паренхимы почек диагностированы множественные разнокалиберные полостные образования. При этом содержимое кист было анэхогенным. Отличительным признаком поликистоза печени было дополнительно наличие выраженного уплотнения стенок желчевыводящих протоков по всей паренхиме печени.

У 10 больных были впервые диагностированы эхинококковые кисты, представленные анэхогенными полостными образованиями с наличием гипоэхогенного ободка и двухконтурности капсулы, четко дифференцируемой при использовании тканевой гармоники и пульта увеличения изображения «ZOOM» с фокусировкой луча на исследованную область.

Выводы. Таким образом, применение современных технологий эхографии, включающий тканевую гармонику с включением пульта «ZOOM», фокусировки луча на патологический очаг и оптимальной настройки допплерографических режимов позволяют проведению уточняющей дифференциальной диагностики полостных структур печени, тем самым определению тактики и мониторинга за проводимыми лечебно-оздоровительными мероприятиями.

СРАВНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Таштемирова И.М., Рахибжанов А.Р., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Усмонов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Среди факторов риска ИБС значительная роль отводится частоте сердечных сокращений (ЧСС). Повышение ЧСС приводит к развитию ишемии миокарда и является основным показателем риска развития ССЗ, по крайней мере у мужчин. В общей численности населения риск смерти от ССЗ значительно возрастает при ЧСС > 84 уд/мин и снижается при достижении ЧСС < 60 уд/мин.

Появление нового класса лекарственных препаратов, предназначенных для регулирования ионного натриевого потока в 1г-каналах клеток синусового узла, подает большие надежды в лечении таких сердечно-сосудистых заболеваний, как стабильная стенокардия и сердечная недостаточность. Первым представителем этого класса препаратов является ивабрадин. If ингибитор - ивабрадин понижает частоту сердечньпс сокращений без вреда для сократимости миокарда, гемодинамики или электрофизиологических характеристик сердца.

Материал и методы: Для включения в исследование отобраны 34 пациентов, в том числе 16 – в группу ивабрадина, остальные – в группу плацебо. Средняя длительность лечения составила 3 мес. Во время исследования несколько человек из обеих групп были исключены, результаты проанализированы у больного группы ивабрадина и группы плацебо. Ивабрадин или плацебо добавляли к стандартной терапии хронической сердечной недостаточности, включавшей ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты альдостерона, дигоксин и другие препараты (изосорбида динитрат и т.д.) в одинаковом соотношении в обеих группах пациентов. Фоновая терапия ИБС отражала истинную картину клинической практики.

Результаты и обсуждение. После рандомизации бета-адреноблокаторы получили 89% пациентов группы ивабрадина и столько же – группы плацебо. В каждой из исследуемых групп при лечении ИБС целевой дозы бета-адреноблокаторов достигли 26% больных, при этом как минимум 50% от целевой дозы b-адреноблокатора получали 56% пациентов.

Через месяц от начала лечения ЧСС составила: в группе ивабрадина при средней дозе препарата 6,4 ± 1,6 мг 2 раза в сутки – 64 уд/мин, в группе плацебо – до 75 уд/мин. Через 32 мес. лечения средняя ЧСС составила 67 и 75 уд/мин соответственно.

События первичной конечной точки (смертность от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний или госпитализация по поводу обострения ИБС) наблюдали у группе ивабрадина (24%) и (29%) – в группе плацебо (отношение рисков 0,82; 95% ДИ 0,75–0,90; $p < 0,0001$). События в основном были обусловлены госпитализацией больных в связи с ухудшением течения сердечной недостаточности: 16% в группе ивабрадина, 21% – в группе плацебо; и случаями смерти от сердечной недостаточности: 3% против 5% соответственно. Важно отметить, что положительный эффект ивабрадина наблюдали у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемического и неишемического генеза. Влияние в группе ивабрадина на сердечно-сосудистую смертность по сравнению с группой плацебо достоверно не отличалось, вместе с тем смертность от ИБС снижалась статистически значимо (отношение риска 0,74 при 95% ДИ от 0,58 до 0,94; $p = 0,014$).

Следует отметить, что в группе ивабрадина снижение риска смерти и госпитализаций в связи с сердечной недостаточностью наблюдали в ранние сроки – через 3 мес. от начала лечения. Несмотря на сложность и комбинацию медикаментозного лечения умеренной и тяжелой хронической сердечной недостаточности, больные отмечали хорошую переносимость препарата.

Использование ивабрадина привело к уменьшению на 18% ($p < 0,0001$) риска развития смертности в результате осложнений сердечно-сосудистых заболеваний и госпитализаций по поводу ИБС. Эффективное влияние ивабрадина на частоту развития исходов (смерть или госпитализация по поводу ИБС) проявлялось у различных по полу и возрасту больных в ранние (через 3 мес.) сроки лечения и поддерживалось в течение всего периода наблюдения.

Вывод. Таким образом, улучшения клинического состояния у пациентов с хронической формой ИБС можно добиться с помощью применения ингибитора I_f-каналов ивабрадина. На основании данных, полученных в исследовании SHIFT, ивабрадин включен в Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической формы ИБС. При лечении ивабрадином статистически значимо повышается качество жизни пациентов с ИБС: стенокардией напряжения.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Рахибжанов А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к наиболее распространенным заболеваниям сердечно-сосудистой системы и остается основной причиной смертности в индустриально развитых странах, вследствие осложнения ее течения [Tunstall-Pedoe H. et al., 2014]. Для пациентов страдающих ИБС антиишемическими препаратами первого ряда являются В-адреноблокаторы. Посредством урежения ЧСС, удлинения диастолы и улучшения перфузии миокарда вовремя более продолжительной диастолы, В-адреноблокаторы способствуют снижению потребления миокардом кислорода и приводят к уменьшению ишемии миокарда. Новые подходы к медикаментозной терапии ИБС с целью достижения улучшения качества жизни и прогноза, замедления прогрессирования заболевания стали возможными благодаря созданию нового лекарственного препарата ингибитора I_f-каналов ивабрадина. Препарат специфически

связывается с f-каналами, когда каналы находятся в открытом состоянии, и селективно ингибирует I_f-поток. Его действие, таким образом, направлено на уменьшение скорости диастолической деполяризации и снижение ЧСС, при этом чем более активированы каналы, тем сильнее связывание препарата с каналом и проявление ингибирующих свойств. Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде и увеличению доставки кислорода к миокарду (за счет удлинения диастолы), а также позволяет сохранять вазодилатацию коронарных артерий даже на пике нагрузки, обеспечивая прямой антиангинальный эффект ивабрадина. Благодаря избирательному действию на I - поток препарат не влияет на другие ионные потоки в клетках синусового узла, не замедляет атриовентрикулярную проводимость, сохраняет сократимость миокарда и его электрофизиологические свойства. Показано, исходно у пациентов 1-й группы отмечались низкие значения основного временного показателя SDNN, и в течение годичного наблюдения был отмечен рост его значения: через 3 мес – на 26,6% и через 6 мес – на 57,3%. rMSSD нарастал на 10,8 и 29,5% через 3 и 6 мес наблюдения соответственно (p=0,013), а значение pNN50, возросло на 23,8 и 11,9% соответственно (p<0,001). Выявлено значительное снижение всех спектральных показателей, что свидетельствует о преимущественной активности симпатического звена регуляции над парасимпатическим. Значения спектральных показателей ВРС изменялись на фоне лечения в положительную сторону, что сопровождалось нормализацией вегетативного баланса. Соотношение LF/HF за первые 3 мес уменьшилось на 37%, через 6 мес – на 44,5%. Во 2-й группе исходно баланс ВНС характеризовался преобладанием активности симпатических отделов. Активность парасимпатической нервной системы была снижена более чем у половины пациентов. Отмечались низкие значения основного временного показателя SDNN, который постепенно нарастал в течение года: за первые 3 мес – на 19,7% и через 6 мес – на 44,3% (p<0,001). rMSSD нарастал за 3 мес на 14,4% и через 6 мес – на 32,8%. Межгрупповые сравнения показателей. Увеличение отношения активностей каналов, имеющее место в постинфарктных кардиомиоцитах, приводит к снижению сократимости миокарда (вследствие относительного снижения кальциевого тока из саркоплазматического ретикулума) и увеличению направленного внутрь клетки тока ионов кальция в клетку, приводящего к возникновению жизнеугрожающих аритмий. Ивабрадин вызывает ещё большее увеличение этого соотношения, метопролол же, снижая это соотношение, обладает превентивным действием. Однако не было получено клинического подтверждения возможного аритмогенного действия ивабрадина. Напротив, результаты всех работ, посвящённых этой теме, как российских, так и иностранных, свидетельствуют о благоприятном действии ивабрадина на электрическую стабильность миокарда.

Выводы: Применение ивабрадина в составе комбинированной терапии у пациентов, перенесших *Q*-инфаркт миокарда, с хронической сердечной недостаточночностью II-III функциональных классов и с синусовой тахикардией уменьшает частоту сердечных сокращений, количество приступов стенокардии, функциональный класс хронической сердечной недостаточности и улучшает качество жизни эквивалентно бисопрололу. Ивабрадин статистически незначимо менее эффективен, чем бисопролол, в предупреждении желудочковых нарушений ритма сердца, снижении количества эпизодов безболевой ишемии и продолжительности суммарной ишемии миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в постинфарктном периоде. Комбинированная терапия с использованием ивабрадина у пациентов, перенесших *Q*-инфаркт миокарда, с хронической сердечной недостаточностью и синусовой тахикардией статистически значимо повышает вариабельность ритма сердца, преобладание парасимпатического влияния над симпатическим. Сочетание ивабрадина с традиционной терапией у пациентов с синусовой тахикардией и хронической сердечной недостаточностью в постинфарктном периоде одинаково эффективно, как и бисопролол, улучшает эхокардиографические гемодинамические показатели.

ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE

Rakhimov Kh.Kh.
Department of Propedeutics of Internal Diseases
Andijan State Medical Institute

Relevance. Due to its prevalence and influence on the development of cardiovascular complications, arterial hypertension (AH) is one of the most pressing problems of modern cardiology. Of particular concern is the increase in the incidence of hypertension among young people of working age, while young people represent a difficult group in terms of diagnosing hypertension, which is associated with the nonspecificity of the clinical manifestations of hypertension in young people and the transient nature of the increase in blood pressure (BP) at the beginning of the development of the disease. Hypertension in young people has a number of features, which are believed to be due to the high prevalence of autonomic disorders, hypercatecholaminemia and high-rorenin humoral profile; however, today there are unresolved problems in diagnosis, and, consequently, treatment and prevention in young patients with increased blood pressure.

Purpose of the study: to determine the value of vascular age and to assess its relationship with the duration of arterial hypertension in young and middle-aged men with initial hypertension.

Material and research methods. At the AGMI clinic, 125 men aged 39.2 ± 6.7 years were examined.

Research results. During the examination according to the classical method, complaints, anamnesis of the disease and life, data of an objective examination were analyzed.

The majority of patients with hypertension had headache in various areas of the head (85%); dizziness, weakness, visual disturbances in isolation were much less common (up to 15%) without significant intragroup differences. There was a tendency to an increase in the frequency of a burdened history of cardiovascular diseases (CVD) and type 2 diabetes in groups from control to patients with long-term hypertension ($p > 0.05$). A similar trend was observed with regular smoking in groups. Qualitative and quantitative signs of alimentary obesity were found significantly more often in comparison with controls in groups I and II (BMI - $p = 0.004$; waist circumference (WT) $p = 0.01$; obesity frequency $\chi 2 = 15.6$, $p = 0.015$). In the office assessment of blood pressure (BP), its systolic and diastolic components (SBP and DBP), as expected, were significantly higher in the groups with AH ($p < 0.001$) compared to controls.

The long course of arterial hypertension, even in the early stages of hypertension, is associated with disorders of carbohydrate and lipid metabolism, impaired renal function, which requires monitoring of these indicators during the initial examination and over time.

High calculated indicators of vascular age have a clear connection with the duration of the course of arterial hypertension in patients, therefore, this integral indicator is quite applicable for assessing the prognosis of the disease in everyday clinical practice.

Conclusions. Vascular age is interrelated with atherosclerotic changes in the cardiovascular system, as well as with fatty degeneration of the liver, which indicates the possibility of using this indicator not only for an isolated assessment of the functional state of the heart and large vessels, but also at the level of the whole organism.

FEATURES OF THE VEGETATIVE REGULATION OF THE HEART RATE OF ARTERIAL HYPERTENSION OF YOUNG AGE

Rakhimov Kh.Kh.
Department of Propedeutics of Internal Diseases
Andijan State Medical Institute

Relevance. Speaking about the latter, it should be noted that in studies devoted to HRV in persons with normal blood pressure, we did not find special indications for the selection of persons with high normal blood pressure, and, accordingly, data on HRV in this category of subjects.

Purpose of the study: comparative study of the features of autonomic regulation of heart rate at the initial stages of AH formation in young people.

Materials and methods. On an outpatient basis, 102 men were examined, who were divided into 3 groups. Group 1 (control) included 32 people (mean age 24.5 ± 3.6 years) with optimal blood pressure (<120/80 mm Hg) and normal blood pressure (120-129 / 80-84 mm Hg). Art). Group 2 (34 people, average age 27.1 ± 3.0 years) included people with high normal blood pressure (<130-139 / 85-89 mm Hg). Group 3 was formed of 36 men (average age 28.4 ± 2.4 years) with grade 1 hypertension (BP> 140-159 / 90-99 mm Hg), the inclusion of the subject in one or another group was based on the results of measurements office blood pressure and the study of previous medical records.

Research results. Our results confirm the data according to which the development of hypertension is accompanied by a decrease in HRV (while the answer to the question whether the change in the functional state of regulatory systems with an increase in blood pressure is primary or secondary remains open and the answer to it, obviously, can be obtained only with additional long-term research); at the same time, a number of researchers believe that the development of hypertension is associated with an increase in HRV or not associated with changes in the latter; Probably, such contradictions are associated with the aforementioned ambiguity of HRV indicators and the lack of a common opinion on their interpretation today, as well as differences in methodological approaches to determining HRV, the complexity of the pathogenesis of hypertension and the formation of the contingents of the surveyed.

The increase in the centralization of cardiac control in our study is confirmed by significantly higher values of IU in groups 2 and 3 than in group 1; The absence of a decrease in SDNN in groups 2 and 3 (which would also confirm the thesis of an increase in centralization) is explained, in our opinion, by the insufficient information content of this indicator with a 5-minute recording, which, in our opinion, requires its assessment based on the results of 24-hour monitoring.

The question of whether the increased centralization of heart rate control is a response to developing autonomic imbalance or the latter is a consequence of developing centralization requires further study.

Conclusions. Thus, the development of hypertension is accompanied by changes in HRV, which consist in an increase in sympathetic and a decrease in parasympathetic activity, as well as centralization of heart rate control; these changes begin with the transition from normal to high normal blood pressure.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ БРОНХО ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.
ГУ. Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент. Узбекистан.

В современной кардиологии и пульмонологии имеется целый ряд общих проблем, в тношении которых необходимо достичь единого мнения и унифицировать подходы. Одна из них – легочное сердце (ЛС).

Цель работы. Исследование наиболее значимых предикторов, в том числе, нейрогуморальных в ремоделировании правого желудочка (ПЖ) сердца у больных легочным сердцем (ЛС) и возможности комплексных режимов лечения.

Материалы и методы. Обследовано 26 больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и 20 больных бронхиальной астмой (БА), у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм.рт.ст. Степень нейрогуморальной модуляции определяли методом иммуноферментного анализа, уровни катехоламинов (КХ) на иммуноферментном анализаторе «Humareader Single». Допплерэхокардиографические исследования проводили с помощью ультразвуковой системы Shimadzu 500A, (Япония).

Результаты. До лечения нейровегетативная регуляция кардиальной системы у больных ХОБЛ и БА характеризуется снижением активности парасимпатического звена и смещением симпато-вагусного баланса в сторону симпатикотонии. Электрофизиологическое ремоделирование миокарда при этих нозологиях обусловливает нарушения ритма сердца. В присутствии желудочковых экстрасистолий (ЖЭ) были зарегистрированы более высокие уровни всех НГ факторов, однако характер достоверности имело только превышение у больных ХОБЛ и БА осложненной ЛС (на 0,62 и 0,66 раз) по выделяемому с мочой алдостерона. При анализе причин было выявлено, что ЖЭ всегда несколько чаще манифестировала у больных ХОБЛ осложненной ЛС (78% против 47%; $p<0,05$). По мере прогрессирования НГ активации в дисфункции ПЖ отражается конфигурация полости и напряжение стенки ПЖ в большей степени, чем его насосная производительность.

Установлено, что дисбаланс в параметрах нейрогуморальных факторов регуляции и вариабельности ритма сердца, у больных ХОБЛ и БА осложненных ЛС, соответствует уровню диастолической дисфункции ПЖ вентиляционной способности легких. Определяется достоверное повышение среднего значения показателей адреналина и норадреналина по отношению к здоровой группе у больных ХОБЛ и БА осложненных ЛС

При терапии с применением базисной терапии небивалола и озонотерапии у больных ХОБЛ и БА осложненных легочным сердцем отмечено достоверное снижение показателей: времени изоволюмического расслабления, соответственно, на 6,9 и 9,7 %, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения - на 5,0 и 6,2 %, фракции предсердного наполнения - на 10,5 и 16,5 %, ЛАДср - на 11,2 и 18,5 % ($p<0,005$). В биологических жидкостях определено уменьшение дисбаланса нейрогуморальных факторов регуляции.

Выводы. Различная выраженность нейрогуморального дисбаланса при этих нозологиях, обуславливает различия темпа ремоделирования миокарда. Степень выявленных нарушений была высока у больных ХОБЛ, чем у больных БА, осложненных ЛС. Электрофизиологическое ремоделирование миокарда при этих нозологиях обусловливает нарушения ритма сердца. Небивалол и озонотерапия на фоне базисного лечения улучшают уровни всех НГ и диастолическую функцию правого желудочка сердца.

ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.
Республиканский специализированный научно - практический центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент. Узбекистан

Изучение структурно-функциональных особенностей правых отделов сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и своевременно начатая комплексная терапия может способствовать приостановлению прогрессирования патологического процесса и развития органических изменений в сердце.

Цель исследования. Изучение геометрии правых отделов сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких, осложненной хроническим легочным сердцем (ХЛС) и эффективность лечения небивалолом на фоне комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 54 больных ХОБЛ, осложненной ХЛС с легочной гипертензией и дилатацией правого желудочка, а также 30 здоровых лиц (ЗЛ). У больных по показателям допплерэхокардиографии (в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону, 1985 г) определяли наличие легочной гипертензии без ДПЖ (уровень среднего легочного артериального давления - ЛАДср>25 мм.рт.ст.) и дилатацию правого желудочка (толщина передней стенки ПЖ менее 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ- более 2,5 см).

Методом допплерэхокардиографии анализировались уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм.рт.ст), отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с) и структурные параметры правого желудочка (ПЖ).

Результаты исследования. В результате исследований, выявлено достоверное увеличение размера правого желудочка в диастолу и толщины стенок правого желудочка, свидетельствующий о повышенной нагрузке давлением у больных ХЛС с ДПЖ и ЛГ соответственно ЛАДср, 34,5±0,5 и 27,1±0,6 мм.рт.ст ($p<0,05$, по сравнению с показателями ЗЛ),. Корреляционный анализ показал, что увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ прямо зависит от давности заболевания.

Диастолическая дисфункция ПЖ выражалась уменьшением соотношения скорости раннего наполнения к скорости предсердного наполнения у больных ХЛС с ДПЖ и ЛГ соответственно Е/А 0,78±0,05 и 0,88±0,1, увеличением продолжительности изометрического расслабления ПЖ у больных ХЛС с ДПЖ и ЛГ соответственно ВИР на 99,2±1,4 и 89,8±1,3 м/с, что указывает на нарушение, как диастолического наполнения, так и функции активного расслабления ПЖ сердца.

Заключение. После проведенной комплексной терапии с включением небивалола, отмечается достоверное увеличение скорости раннего наполнения ПЖ. В результате нормализовалась структура диастолы ПЖ, что проявилось увеличением соотношения Е/А у больных ХЛС с ДПЖ и ЛГ соответственно на 8,6 и 9,9 %, снижении времени изоволюмического расслабления на 5,5 и 6,9 %. Снизилась гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца до 10,1 и 11,2 %. Полостной размер ПЖ достоверно не претерпел изменений, для чего, по- видимому, требуется более длительная терапия.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.
Республиканский специализированный научно - практический центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент.Узбекистан.

Цель. Сравнительно оценить состояние центральной, легочной гемодинамики и системной эндотелиальной функции (ЭФ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем (ЛС).

Материал и методы. обследовано 20 больных ХОБЛ, осложненной ЛС и 30 здоровых лиц - добровольцев (ЗЛ). Больные ХОБЛ имеющие признаки гипертрофии/дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные допплерэхокардиографией (в соответствии с рекомендациями Американского общества эхокардиографистов по Хатле и Ангелсону, 1985 г), были разделены на 2 группы: 1– 10 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ) (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ <5 мм, при передне-заднем размере ПЖ > 2,5 см); 2 - 8 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ по данным ЭхоКГ $\geq$5 мм, при передне-заднем размере ПЖ > 2,5 см) и 20 здоровых лиц. Проводились допплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики. В плазме крови определяли уровень стабильных метаболитов оксида азота ($СМ_{NO}$)

Результаты исследования. У больных 2-й группы по сравнению с 1 группой прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ сердца. Наблюдается повышение гемодинамической нагрузки на правые отделы сердца и отрицательный сдвиг диастолического наполнения; функции активного расслабления ПЖ сердца. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1\2 больных превышали нормальные значения. Паралельно степени диастолической дисфункции ПЖ, определяется дезадаптивные нарушения системной эндотелиальной функции. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ до 6,12±0,1 мкм/л у всех больных с ГПЖ до 8,35±0,06 мкм/л. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем среднего давления в легочной артерии и $СМ_{NO}$ в плазме крови.

Заключение. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛС прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.
ГУ. Республиканский специализированный научно - практический центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент.Узбекистан

Цель. Анализ взаимосвязи ремоделирования периферического кровообращения и функциональных сдвигов в респираторной системе при развитии легочной артериальной гипертензии, у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) осложненой хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Материал и методы. У 14 больных ХОБЛ с легочной гипертензией (ЛГ) (среднее легочное артериальное давление >25 мм.рт.ст.) и у 12 больных без ЛГ проведена допплерография на плечевой артерии (ПА) методом S. Solomon. Измеряли исходную максимальную систолическую скорость кровотока (МСС, м/с), индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦС, ед.) и их прирост в ответ на компрессионную пробу (КП) по методике L. Laurent. Функциональное состояние бронхолегочной системы определяли на аппарате Medikor (Венгрия) по оценке показателей: жизненной емкости легких (FVC), объема форсированного выдоха за 1 сек (FEV_1) и индекса Тиффно (FEV_1/ FVC).

Результаты. У больных ХОБЛ с ЛГ выявлено значительное снижение МСС 0,49±0,02 м/с, у больных ХОБЛ без ЛГ умеренное снижение до 0,67±0,05 м/с. В ответ на компрессионную пробу происходил недостаточный прирост максимальной систолической скорости кровотока у больных с ЛГ по сравнению с группой без ЛГ ($p<0,05$). Индекс циркуляторного сопротивления у больных ХОБЛ с ЛГ продемонстрировал сравнительно меньшую реакцию сосудов на КП ($p<0,05$).

Повышение показателей ИЦС выявлено при выраженном нарушении бронхиальной проходимости FEV_1 на 38,2±0,5 %, FVC на 56,8±1,1 %, FEV_1/ FVC на 42,2±0,5 % в группе больных ХОБЛ с ЛГ, у больных ХОБЛ без ЛГ выявлены умеренные нарушения функции внешнего дыхания ($p<0,03$).

Заключение. У больных ХОБЛ с легочной гипертензией, наблюдается ремоделирование периферического кровообращения: повышение индекса циркуляторного сопротивления сосудов в ПА, ухудшение способности сосудов к активной вазодилатации, приводящий к увеличению тонуса легочных сосудов. Эти изменения коррелируют со степенью обструктивных нарушений в респираторной системе и прогрессированием легочной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких .

ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ.

Рахимова Д.А., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.
Республиканский специализированный научно - практический центр терапии и медицинской реабилитации. Ташкент.Узбекистан

Цель. Изучение взаимосвязи вариабельности частоты сердечных сокращений и клинико-психологического обследования у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем.

Материалы и методы. Вариабельность ритма сердца (ВРС), клинико-психологическо обследование проведено у 28 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) III-IV степени. ВРС оценивали при помощи холтеровского мониторирования суточного ЭКГ установки «Shiller» MT-210 (Швецария). Допплерэхокардиографическими исследованиями определяли легочную гипертензию и гипертрофию/дилатацию (ГТ/Д) правого желудочка.

Результаты. У 56% обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании вариабельности сердечного ритма выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями вариабельность ритма сердца, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с 86,1±0,9 ударов в минуту до 93,5±0,8 удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с ГТ/Д правого желудочка отмечалось нарастание

выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7% (p<0,01), повышение показателя низких частот на 13,7% (0,05) и коэффициента LF/HF на 18,6% (p<0,05).

Выводы. По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с ГТ/Д правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными, так как тесно ассоциированы с развитием угрожающих жизни аритмий. Нейровегетативная регуляция кардиальной системы у больных ХОБЛ и БА характеризуется уменьшением вариабельности сердечного ритма, снижением активности парасимпатического звена и смещением симпато-вагусного баланса в сторону симпатикотонии. Электрофизиологическое ремоделирование миокарда при этих нозологиях обусловливает нарушения ритма сердца. Частота встречаемости и характер нарушений ритма тесно связаны со степенью тяжести заболеваний.

ЁШ БОЛАЛАР, ЎСМИРЛАР, ҲОМИЛАДОРЛАРДАТУРЛИ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДАЭНДЕМИК БЎҚОҚ ХАСТАЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛПАЦИЯСИНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

М.М.Рахматова - ОШ МО ваҚТ,ССБ ЖСС кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Йод танқислиги билан боғлиқ касаллик ва маълум регионларда яшовчи одамларда атроф-муҳитда йод етишмаслиги натижасида ривожланади. Йод танқислик касалликлари жаҳонда кенг тарқалган касалликликлардан бўлиб ҳисобланади. Ер шарида йод танқислик муҳитида 1,5 млрд га яқин аҳоли яшайди ва улардан 600 млн кишида қалқонсимон безнинг катталашиши, 40 млн да эса йод етишмовчилиги сабабли ақлий заифлик кузатилади.

Йод етишмовчилиги одатда эндемик бўқоқ ривожланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида, қалқонсимон безда турли касалликлар, шу жумладан, тугунли ҳосилалар пайдо бўлишига мойиллик туғдиради**.** Йод миқдори етишмаслиги турли қалқонсимон без касалликларини келтириб чиқаради. Бу касалликнинг юртимиз ҳудудидаги энг кенг тарқалган тури эндемик бўқоқ бўлиб, асосан, ёш болалар, ўсмирлар, ҳомиладор ҳамда эмизикли аёлларда кўп учрайди.

Бўқоқ таснифи

0 - даража - бўқоқ йўқ;

1 - даража - ҚБнинг бўлаклари бош бармоқ дистал фалангасидан бироз каттароқ. Бўқоқ пайпасланади, аммо кўзга кўринмайди;

2 - даража - бўқоқ пайпасланади ва кўзга кўринади.

3-даража-катталашган без кўзгаяхши ташланади.

4-даража-без бўйин шаклини сезиларли равишда ўзгартирган

5-даража-Безнинг ўлчамлари жуда катта

Без фаолиятининг пасайиши, йод миқдорининг етишмаслиги қуйидаги салбий оқибатларни юзага келтиради: 1.Ҳомиладорликда оғир асоратларга сабаб бўлади: ҳомилада бош мия ривожланишига салбий таъсир кўрсатади; умуман, ҳомила ўсиши ва ривожланишида орқада қолиш; бола ташлаш ва боланинг муддатидан олдин туғилиши;

ўлик чақалоқ ёки ақлий ва жисмоний жиҳатдан заиф, ногирон боланинг дунёга келиши

2. Болаларда; ўсиш жараёнини кечикиши ва ақлий қобилиятни пасайиши, юрак-қон томир касалликлари, гипертония, гипотония, атеросклероз, ошқозон-ичак касалликлари, қабзият ва ич кетиши. Асаб тизими фаолияти бузилиши; Депрессия, жинсий безлар фаолияти сусайиши,суяклар ривожланишининг пасайиши, паст бўйлик ва остеопороз, айрим ҳолатларда бу хасталик қалқонсимон безда саратон бўлмаган ва ёки саратон ўсимталарининг пайдо бўлишига замин яратади. Ҳатто йод танқислигининг энг енгил шаклида ҳам минтақа аҳолисининг интелектуал салоҳияти 15-20 фоизга камаяди.

1 ёшгача бўлган болаларда юқори перинатал ўлими: неврологик кретинизм, аклий заифлик,кар-соқовлик,ғилайлик.

Мақсад:Ёш болалар, ўсмирлар, ҳомиладорларда касалликнинг турли шаклларида қалқонсимон без палпацияси орқали касалликни эрта аниқлашдан иборат.

Тадқиқот объекти ва предмети: Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон шаҳар 3-ОП да тиббий кўрикдан ўтаётган ёш болалар, ўсмирлар ва ҳомиладорлар текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилганлардан шикоятлари сўралди ва қалқонсимон без палпацияси ўтказилди, касаллик даражаларга бўлинди, касаллик белгилари билан беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди ва мутахассис маслаҳатига йўналтирилди. Қолганларга профилактика мақсадида тушунтириш ишлари соғлом овқатланиш тўғрисида маслаҳатлар берилди.

Ёшга нисбатан йодга бўлган кунлик эҳтиёжи

12 ёшгача бўлган болалар учун – 50 мкг;

2-6 ёшгача бўлган болалар учун – 90 мкг;
7-12 ёшгача бўлган болалар учун – 120 мкг;
12 ёшдан катталар учун – 150 мкг;
Ҳомиладор ва эмизикли аёллар учун – 200 мкг.

Хулоса. Хулоса қилиб айтиш мумкинки,эндемик бўқоқнинг эрта босқичларида клиник белгилар сезилмаслиги мумкин, шу даврда ОШ бу касалликни эрта аниқлаш мақсадида поликлиника шароитида қалқонсимон без палпациясини ўтказиши керак. Касалликни эрта аниқлаш ва даво маслаҳатларини эртароқ белгилаш эса касалликнинг енгил кечиши ва унинг асоратларини олдини олади. Эндемик бўқоқнинг олдини олиш ҳамда даволашнинг энг самарали, энг осон ва арзон усули – бу йодланган ош тузи истеъмоли, йод препаратларидан истеъмол қилиб бориш (шифокор текширувидан сўнг); йод танқислигига қарши курашиш учун океан маҳсулотларининг консерва кўринишидан истеъмол қилиб туриш лозим.

ТУРЛИ ЁШДА СЕМИЗЛИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ТВИ ТЕКШИРИШНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

М.М.Рахматова -ОШ МО ваҚТ,ССБ ЖСС кафедраси ассистенти
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги: Семизлик - ёғнинг кўп миқдорда бўлиши (организмдаги ёғ тўқимаси) эркакларда 15-20%, аёлларда 20-25% тўла одамларда 50% ва ундан ортиқ. Аёлларда семизлик кўпинча кеч етилиш ёшида ва эрта қариш вақтида учрайди. Эркакларда эса, эрта етилиш ёшида учрайди. Турли мамлакатлардаги ҳаёт тарзи яхшиланиши билан у камайиб боради. Эркакларда эса бунинг акси кузатилади. Шуниси ёмонки, семиз одамлар, айниқса юқори даражадаги семизликда улар, умуман озмайди ёки даволаш чора – тадбирларидан кейин тез суръатда аввалги вазнларини тиклайди. Тана вазни 120% дан ортиқ бўлганлар 6-16% ни ташкил этади, тана вазни 110% дан ортиқ бўлганлар 10-21% ни ташкил қилади. Болалар ва ёшлар ўртасида тана вазни 120% дан ортиқлари 5% ни, 110% дан ортиқлари 8,1% ни ташкил қилади.

Семизлик ва бошқа касалликлар. Юрак қон томир касалликлари – юрак санчиғи хавфи (стеконардия) ва тўсатдан ўлим. Беморлар шикояти: ҳамроҳ касалликлар оғирлиги, вақти ва ривожланишига боғлиқ бўлади. 1-2 даражасида (алиментар - конституционал шакли) одатда шикоят қилмайди, семизликнинг анча юқори даражасида: ҳолсизлик, тез чарчаш, меҳнат қобилиятининг пасайиши, бош оғриғи, таъсирчанлик, атрофдагиларга бефарқлик, уйқунинг бузилиши безовта қилади. Юкламада ҳансираш, юракнинг тез уриши, юракда оғриқ, оёқларда шиш, бўғинларда оғриқ бўлиши мумкин. Ошқозон - ичак йўлларидаги ўзгаришда: жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, оғизда аччиқ сезиш, ўнг қовурға остида оғриқ кузатилади.

Ташхислаш. Семизлик кўрсаткичи бўлиб тана вазнининг кўпайиши ҳисобланади.

Семизликнинг 4та даражаси ажратилади –

1 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 29% га ортиши
2 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 30-49%га ортиши
3 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 50-99% га ортиши
4 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 100% га ортиши

Кетле индекси

Тана вазни кг **:** бўйи $м^2$

БССТ классификацияси (1997й):

- 18,5дан кам – тана вазни кам
- **18,5 – 24,9 – номал тана вазни**
- 25,0 – 29,9 – тана вазни ортиқ
- 30,0 ва ортиқ - семизлик бор дейилади.

Тадқиқот объекти ва предмети. Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон шаҳар 3-ОП да тиббий кўрикдан ўтаётган 40 ёшдан ошган аҳоли ўртасида текширув ўтказилди. Текширувдан ўтказилганлардан шикоятлари сўралди ва бўй ва оғирлиги ўлчанди ТВИ ҳисоблаб чиқарилди. Бел айланаси ўлчанди ва изоҳланди. Осон усуллардан бири **БА/СА индекси** (бел айланасининг сон айланасига нисбати)

Эркаклар учун **БА/СА =1,0** Аёллар учун **БА/СА = 0,85** ва касаллик даражаларга бўлинди, касаллик белгилари билан шикоят қилганлар амбулатор равишда кузатувга олинди ва мутахассис маслаҳатига йўналтирилди. Қолганларга профилактик мақсадида тушунтириш ишлари соғлом овқатланиш тўғрисида маслаҳатлар берилди.

Хулоса. Хулоса қилиб, айтиш мумкинки,семизликни эрта босқичларида клиник белгилар сезилмаслиги мумкин шу даврда ОШ бу касалликни эрта аниқлаш мақсадида поликлиника шароитида оғирлик ва бўйни ўлчаб ТВИ аниқлаш керак. Клиник эрта аниқлаш ва даво маслаҳатларини эртароқ белгилаш эса касалликнинг енгил кечиши ва асоратларнинг олдини олади. Семизликнинг олдини олиш

ҳамда даволашнинг энг самарали, меъёрий овқатланишни ташкил этиш, жисмоний фаоллик, соғлом турмуш тарзига риоя қилишдан иборат.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИНСУЛЬТА

Рахматуллаева Г.К., Рустамова М.А.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы: В настоящее время особое медицинское и социальное значение имеет рост заболеваемости инсультом, особенно среди лиц молодого возраста. При этом примерно у 1/3 пациентов не представляется возможным установить причину развития инсульта и ведущие факторы риска.

Цель исследования: провести анализ литературных источников по вопросам факторов риска, способствующих развитию цереброваскулярной и кардиоваскулярной патологии.

Материал и методы исследования: Материалом исследования были монографии, диссертации, журнальные статьи и тезисы, опубликованные в материалах научно-практических конференций. Были использованы исторический, аналитический и выкопировочный методы.

Результаты исследования: Проведенные в течение последних десятилетий многочисленные исследования позволили идентифицировать и обосновать роль различных факторов риска в развитии цереброваскулярной и кардиоваскулярной патологии. Сегодня не вызывает сомнения значимость таких базисных факторов, как артериальная гипертензия, атеросклероз пре- и интрацеребральных сосудов, дислипидемия, сахарный диабет.

В течение последних лет в мировой неврологической практике сформировалась тенденция к индивидуализации подходов к коррекции факторов риска. На сегодняшний день разработаны ряд программ и протоколов по коррекции базисных факторов риска, включающие рекомендации по модификации образа жизни и применению лекарственных средств. Все это позволило добиться определенного снижения случаев цереброваскулярной патологии. Тем не менее до 25% случаев инсульта связано с воздействием новых факторов риска, особенно у лиц молодого возраста.

Все более актуальной становится проблема сосудистых заболеваний в молодом возрасте, когда действие базисных факторов менее значимо. Обнаруженные новые факторы риска в сочетании с базисными факторами дают основание клиницисту (неврологу, терапевту, семейному врачу) выявить у пациента индивидуальные факторы риска и разработать эффективную программу как первичной, так и вторичной профилактики цереброваскулярной патологии.

По данным ряда исследований в настоящее время отмечается рост заболеваемости инсультом у лиц молодого возраста. При этом примерно у 1/3 пациентов не представляется возможным установить причину развития инсульта и ведущие факторы риска. Исследование под эгидой ВОЗ MONICA показало, что действием лишь общеизвестных, базисных факторов риска невозможно полностью объяснить развитие цереброваскулярной патологии. Другой актуальной проблемой является возрастающая роль немых инфарктов мозга, которые являются предиктором последующих нарушений мозгового кровообращения с формированием стойкого неврологического дефицита. В последнее время появилась и другая проблема в неврологии — возрастающая роль ятрогенных инсультов как следствие назначения терапии при не до конца верифицированных факторах риска. К настоящему времени выявлено более 50 новых потенциальных факторов риска развития инсульта. При этом можно выделить ряд факторов, обладающих наибольшим потенциалом и доказательной базой. К таким факторам относится генетическая предрасположенность, т.е. наличие семейных случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Сегодня уже не вызывает сомнения влияние на риск развития инсульта таких факторов, как фибрилляция предсердий, патология клапанов, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Вместе с тем полученные в последнее время данные свидетельствуют о возрастающей роли новых кардиогенных факторов риска, особенно у лиц молодого возраста. К таким факторам относят аномалии развития (открытое овальное окно — ООО, аневризма межпредсердной перегородки, сеть Киари в правом предсердии, евстахиев клапан в правом предсердии, дисплазия правого желудочка), кардиомиопатии, нарушения ритма сердца (WPW-синдром, синдром слабости синусового узла) и др. Анализ данных литературы показывает, что ишемические нарушения мозгового кровообращения обусловлены парадоксальной кардиальной эмболией, сопряжены с риском повторных эмболий. наиболее частой причиной развития внутримозговых кровоизлияний являются артериовенозные мальформации.

Многочисленные клинические исследования показали, что прием пероральных контрацептивов, особенно в сочетании с курением, является существенным фактором риска развития инсульта у женщин молодого возраста, что связано с повышением свертываемости крови в результате действия эстрогенов на синтез факторов свертывания. У определенной категории женщин фактором риска инсульта может быть и беременность. Доказано, что при беременности увеличивается нагрузка на правые отделы сердца, а также возрастает риск тромбоза вен нижних конечностей и таза. Независимыми факторами риска инсульта являются преэклампсия и гестационная гипергликемия.

Таким образом, проведенный далеко не полный анализ литературных источников позволил сделать вывод, что изучение факторов риска развития инсульта даст возможность проводить глобальную, а также персонифицированную профилактику данных заболеваний и повысить её эффективность.

К МЕТОДАМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СОСУДИСТОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Н.И.Рахматуллаева
Кафедра неврологии.
Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность проблемы. Сосудистые поражения головного мозга в структуре нервных заболеваний по сегодняшний день занимают центральное место. Одним из ведущих проявлений сосудистой патологии головного мозга является нарушение когнитивных функций, которые включают: дефицит внимания, снижение памяти, особенно на текущие события, замедленность мышления, быструю истощаемость при напряжённой умственной работе, сужение круга интересов. Не всегда начальные проявления когнитивных нарушений при сосудистой патологии головного мозга оценивается врачом как начало болезни, не проводится своевременная диагностика и терапия для устранения когнитивного дефицита и предотвращения прогрессирования болезни.

Цель исследования. Под нашим наблюдением находилось 30 амбулаторных больных в возрасте от 55 до 70 лет. Их них женщин-10, мужчин-20. Комплекс исследований включал клиническое обследование (жалобы, анамнез, соматический и неврологический статус, лабораторные исследования), когнитивный статус.

Материалы и методы исследования. Основными жалобами больных были: головная боль, головокружение, снижение памяти, умственная утомляемость, апатия, нарушение сна. При сборе анамнеза у 24 больных отмечалась гипертоническая болезнь, у 3 больных-сахарный диабет, у 3 больных сочетание гипертонической болезни и сахарного диабета.

Лабораторные данные включали исследования глюкозы, холестерина в крови, коагулограмму.
При исследовании неврологического статуса была выявлена рассеянная симптоматика: экстрапирамидная недостаточность, анизорефлексия, патологические рефлексы орального автоматизма, эмоциональная лабильность.

Когнитивный статус исследовался по шкале Mini-Mental Scale Examination MMSE (Folstein,1975). По которой 30-38 баллов-норма, 27-24 балла-когнитивные нарушения, 23-20 баллов-лёгкие когнитивные нарушения, 19-11 баллов-умеренные когнитивные нарушения, 10-0 баллов-грубые когнитивные нарушения.

Результаты исследования показали у 22 больных-24 балла (лёгкие когнитивные нарушения), у 4 больных-18баллов (умеренные когнитивные нарушения), у 4 больных-34балла (норма). Для дифференциальной диагностики сосудистой энцефалопатии от болезни Альцгеймера применялась шкала Хачинского, которая исключила наличие болезни Альцгеймера.Всем больным с когнитивными нарушениями была проведена соответствующая терапия. При исследовании динамики восстановления когнитивных нарушений отмечался регресс симптомов и улучшение состояния больных.

Выводы. Все больные с сосудистой патологией головного мозга, проявляющиеся минимальными когнитивными расстройствами нуждаются в тщательном нейропсихическом обследовании для выявления и предотвращения прогрессирования когнитивных расстройств. Применение нейропсихологических тестов помогут в правильной диагностике, дифференциации и терапии заболеваний.

РИЗАТРИПТАН В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ

Рахматуллаева Н.И., Кодирова Ф.О., Камалова Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт.
Кафедра неврологии

Актуальность проблемы. Мигрень— широко распространенное заболевание, отмечаемое у около 3–22% женщин и 1–16% мужчин во всем мире (Lipton R.B., Bigal M.E., 2005). По результатам крупного популяционного исследования American Migraine Study II, мигренью страдают приблизительно 18,2 и 6,5% женщин и мужчин соответственно, из которых у большинства (62%) наблюдается не менее одного в месяц эпизода выраженной головной боли (Lipton R.B. et al., 2001). Мигрень без ауры — самый распространенный клинический подтип мигрени, с большей частотой атак и, как правило, большей нетрудоспособностью, чем мигрень с аурой. Мигрень без ауры определяют как рецидивирующее расстройство, включающее атаки головной боли продолжительностью от 4 ч до 3 дней, с наличием как минимум двух из следующих характеристик: односторонняя боль пульсирующего характера умеренной/выраженной интенсивности,

усугубляющаяся при движении, с наличием тошноты и/или рвоты, а также фото- и фонофобии (Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, 2004).

Цель исследования. При мигрени, сопровождающейся тошнотой, показаны противорвотные средства. Двумя основными классами специальных препаратов для лечения мигрени являются производные спорыньи и триптаны. Первые применяют при острой мигрени в течение многих лет, однако они имеют ряд ограничений, включая неспецифические сосудосуживающие и другие побочные эффекты вследствие низкой степени селективности, кроме того, последовательные данные об эффективности этих препаратов отсутствуют. Более глубокое понимание патофизиологии мигрени привело к разработке триптанов

Материалы и методы исследования. Ризатриптан быстро и почти полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте после перорального приема в форме таблеток с абсолютной биодоступностью 47% вследствие умеренного пресистемного метаболизма.

В клинических исследованиях эффективность ризатриптана при мигрени оценивали по таким критериям, как: доля пациентов, у которых достигнуто устранение боли или ее облегчение в течение 2 ч после лечения; отсутствие рецидива мигрени в течение 48 ч; время до устранения/облегчения боли; необходимость приема препаратов, облегчающих симптомы, в течение 2 ч после лечения .

Результаты долгосрочных исследований по применению ризатриптана в форме таблеток или капсул при нескольких атаках острой мигрени показали, что ризатриптан 10 мг превосходил таковой в дозе 5 мг или стандартную терапию в отношении облегчения боли и достижения безболевого статуса через 2 ч после приема. Облегчение головной боли последовательно достигалось в течение всего периода исследований при отсутствии каких-либо доказательств развития толерантности к ризатриптану после применения в течение 1 года.

Выводы. В соответствии с действующими руководящими принципами, пропагандирующими ступенчатый или стратифицированный подходы, триптаны рекомендованы в лечении острой мигрени, плохо реагирующей на менее эффективную терапию. Из доступных сегодня представителей этой группы ризатриптан имеет ряд преимуществ. Препарат характеризуется быстрым достижением в плазме крови по сравнению с другими триптанами и способствует быстрому облегчению боли. Как правило, при хорошей переносимости ризатриптан демонстрирует преимущества в отношении качества жизни, что обусловливает высокую степень удовлетворенности пациентов лечением. Быстрое облегчение боли, простота применения и хорошая переносимость — наиболее важные причины предпочтения препарата пациентами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ

Рахматуллаева Н.И., Камалова Н.Л., Кодирова Ф.О.
Андижанский государственный медицинский институт.
Кафедра неврологии

Актуальность проблемы. Наиболее сложными для курации являются пациенты с хронической мигренью (ХМ). В мире ХМ страдают 1,4—2,2% общей популяции [1], в нашей стране — 6,8% пациентов, т. е. порядка 10 млн больных [2]. В последние годы растет интерес к использованию препаратов ботулотоксина для урежения приступов мигрени. Инъекции ботулотоксина вызывают расслабление мимических мышц и очень эффективны для коррекции мимических морщин. Поэтому препараты ботулотоксина типа А получили широкое распространение в косметологии. Именно косметологи и пластические хирурги в середине 90-х годов прошлого века заметили, что у пациенток, которым они вводили ботулотоксин, приступы мигрени становились более редкими. Эти находки послужили причиной для дальнейшего изучения эффективности ботулотоксина при мигрени. И действительно, несколько лет назад были завершены клинические испытания эффективности одного из препаратов ботулотоксина при хронической мигрени.

Цель исследования. Эти крупномасштабные исследования были проведены по международным правилам, в них приняли участие пациенты, у которых голова болит чаще 15 дней в месяц, а более 8 дней из них представлены приступами мигрени.

В этих исследованиях была продемонстрирована убедительная эффективность ботулотоксина при мигрени – у значительной части пациентов произошло выраженное урежение боли. Приступы мигрени также становились более короткими и менее тяжелыми. Поэтому в 2010 г. у ботулотоксина было зарегистрировано показание «Хроническая мигрень» в США и Великобритании. В 2013 г. это показание было зарегистрировано и в России.

Материалы и методы исследования. В настоящее время стало понятно, что действие ботулотоксина при мигрени связано не только и не столько с его способностью расслаблять спазмированные мышцы на голове и шее, но прежде всего с его прямым обезболивающим действием - способностью блокировать высвобождение веществ, участвующих в формировании болевых ощущений. Препарат вводится за одну процедуру в виде серии микроинъекций тонким инсулиновым шприцом в мышцы лица, головы и шеи. Действие обычно длится около полугода. Как и прием лекарств, ботулотоксин приводит к

урежению боли не у всех пациентов. Однако у ботулотоксина есть целый ряд положительных сторон. Всего одна процедура может дать вам значительное облегчение боли на несколько месяцев. Обычно процедуры периодически повторяют. Это позволяет отдохнуть от принимаемых обезболивающих, и их эффективность станет более высокой. Кроме того, при правильном применении ботулотоксин не вызывает никаких побочных эффектов, потому что вводится локально в мышцы. Кроме того, инъекции ботулотоксина могут дать дополнительный косметический эффект, ведь часть точек введения располагается в лобных мышцах.

Результаты. Лечение ботутоксином позволяет сэкономить время — приехать в клинику нужно всего 1 раз; также зачастую удается снизить дозы принимаемых для профилактики мигрени лекарств. Такой метод лечения также может стать хорошей альтернативой лекарствам в случае, если Вы планируете беременность. Такой метод лечения позволит уредить мигрень на несколько месяцев, чтобы не принимать обезболивающие на ранних сроках беременности.

Выводы. Прибегнуть к инъекциям ботулотоксина также имеет смысл, если прием лекарств для лечения мигрени не привел к желаемому результату. Мы рекомендуем сделать инъекции также, если у вас есть противопоказания к другим препаратам для профилактической терапии мигрени или вы не можете принимать такие лекарства вследствие серьезных побочных эффектов.

SARS-COV-2 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЛАРИДА МИОКАРДИАЛ ДИСФУНКЦИЯНИ БАХОЛАШДА СТРЕЙН-ЭХОКАРДИОГРАФИЯНИНГ ЎРНИ

Розиходжаева Г.А.[1,3], Мардиев А.А.[2], Жураев О.Р.[1], Розиходжаева Ф.А.[3]
[1]Ўзбекистон Республикаси Президент Администрацияси хузуридаги Тиббиёт Бош Бошкармасининг 1-сонли Марказий клиник шифохонаси, Ўзбекистон
[2]«СогломХаёт» хусусий корхонаси, Ўзбекистон
[3]Тошкент Педиатрия Тиббиёт институти, Ўзбекистон

Изланишнинг мақсади. SARS-COV-2 коронавирус инфекцияси ўтказган беморларда миокард шикастланишларини аниқлаш учун миокард деформацияси турли компонентларининг тахлили билан кенгайтирилган стрейнэхокардиография (СТЭ) протоколини қўллаш.

Материал ва усуллар. «Соглом Хаёт» клиникасида 2020 йил декабрь ойидан 2021 йил февраль ойлари мобайнида 44 нафар (18ael/22 эркак) ПЗР тести мусбат натижаси билан тасдиқланган SARS-CoV-2 коронавирус инфекцияси реконвалесцентлари текширувдан ўтказилди. Уларда трансторакал эхокардиография (ТТЭ) текшируви Mindray DC- 80 эксперт УТТ системасида 2-5,5 МГц ли датчикларда бажарилди. Текширувлардан 18 ёшгача булган пациентлар, шунингдек аввалдан сурункали юрак етишмовчилиги, юрак нуксонлари, юрак ишемик касаллиги, бўлмачалар фибрилляцияси, ўпка гипертензияси, ўпка артерияси тромбоэмболияси, ўпка сурункали обструктив касаллиги билан касалланган беморлар, шунингдек Гис тутами чап оёкчаси тўлиқ блокадаси ва тасвирлар сифати етарлича яхши бўлмаган беморлар чиқариб ташланди. Миокард деформацияси тахлили СТЭ да қуйидагича амалга оширилди: глобал ва регионал бўйлама деформация барча апикал кесимларда қаватма-қават деформацияни аниқлаш йўли билан баҳоланди. Глобал ва регионал циркуляр ҳамда радиал деформациялар юрак кисқа ўқида апикал, ўрта ва базал парастернал кесимларда аниқланди. Кисқариш зоналари фақат миокарднинг тулиқ кисқаришларини танлаш мақсадида эпикардиал, клапан ва бўлмача структураларини олиб ташлаш билан коррекция қилинди.

Олинган натижалар. Текширилганларнинг ўртача ёши 51,2±6,8 ни ташкил қилди. Чап қоринча бироз гипертрофияси 9%, уртача гипертрофияси хам 9% текширилган беморларда аниқланди. Чап қоринча диастолик дисфункцияси 69% текширилган реконвалесцентларда аниқланди. Куйидаги деформация кўрсаткичлари кузатилди: global longitudinal strain 15,93±0,50%, global radial strain: apical 15,87±0,56 %, global radial strain: basal 15,30±0,46 %, global circumferential strain: apical 16,10±0,69 %, global circumferential strain: basal 14,87±0,51 %. Текширилганларнинг 44 нафаридан 33 тасида (75%) чап қоринча қон отиш фракцияси (ЧҚҚОФ) меъерда булган Симпсон бўйича >50%). ЧҚҚОФ ўртача 64,2±6,4% ни ташкил қилди. ЧҚҚОФ 50% дан кам булганлар улуши 25% ни ташкил килди. Чап қоринча қон отиш фракцияси меъерда бўлган 33 текширилувчидан 9 нафарида бўйлама, радиал ва циркуляр стрейнларнинг, айниқса, базал сегментларда бузилиши кузатилди (27% ида).

Олинган натижалар шуни тасдиқлайдики, SARS-CoV-2 таъсирида миокарднинг шикастланиши, ҳаттоки енгил ва ўртача белгилар билан кечганда ҳам, чап қоринча деформациясининг ўзига хос паттернлари билан тафсифланади.

Хулосалар. Стрейн-эхокардиография спеклларнинг силжиши билан SARS-CoV-2-инфекциясининг ўткир босқичидан кейинги миокард зарарланишларини аниқлашда мақбул услуб бўлиши мумкин.

Традицион эхокардиография қўшимча равишда миокард деформацияси турли компонентларининг анализи билан кенгайтирилган эхокардиография протоколини қўллаганда чап қоринча қон отиш фракцияси меъерда бўлган беморларнинг чорак қисмида бўйлама, шу билан бирга радиал ҳамда циркуляр стрейнларнинг, айниқса, базал сегментларда ўзгаришларини кузатиш мумкин.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Своевременная диагностика и квалифицированная экстренная помощь при травматических повреждениях наружных половых органов у мужчин.

Материалы и методы исследования. С 2013 по 2019 год в урологическом отделении клиники АГМИ находились 77 больных с травматическими повреждениями наружных половых органов мошонки. Преимущественно это были лица трудоспособного возраста от 25 до 55 лет. Характер повреждений были следующие: открытые 2, закрытые 75. Из них ушиб мягких тканей мошонки и полового члена - у 30, рваные раны мошонки - у 48, ушиб мошонки с образованием гематомы - у 45, разрыв яичка – у 29, перекрут яичка – у 25, перелом полового члена - 23. На основании жалоб, анамнеза, осмотра мошонки и ее органов, пальпации лабораторных и ультразвуковых исследований - установили характер повреждений.

Результаты исследований. Больным с закрытием повреждением яичка и его придаток применяли консервативное лечение – постельный режим, на мошонку накладывали суспензорий, местно назначали холод, антибактериальная терапия. При наличии кровоподтеков и гематом для ускорения рассасывания назначали физиотерапевтические процедуры.

У 45 больных произведено вскрытие гематомы, у 50 больных – ушивание разрыва яичка и полового члена. У 19 больных выявлен перекрут яичка. Из них, у 12 при ревизии были признаки жизнеспособности яичка, поэтому его приводили нормальное положение с последующим фиксированием. У 9 больных с перекрутом яичка выявлено - омертвение тканей яичка, поэтому выполнена орхиэктомия. Открытие повреждений яичка и придатка яичка наблюдались у 27 больных. Эти повреждения были рваными, колотыми и резанными. Объем оперативных вмешательств заключалась ревизией целостности, органов мошонки и полового члена, при наличии гематомы их удаляли, при разрывах яичка и перелома полового члена ушивали кетгутом. Все больные в послеоперационном периоде принимали региональную антибактериальную терапию.

Выводы. В результате своевременной диагностики и оказания квалифицированной экстренной хирургической помощи, у всех больных восстановлена трудоспособность, сохранена репродуктивная функция.

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

И.К.Рустамова, И.А.Аббосова, М.З.Жалалова, Х.Ш.Рустамов
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин смертности, инвалидизации населения планеты. В последнее время достигнуты определенные результаты в диагностике, лечении и профилактике цереброваскулярных заболеваний. Благодаря применению современных методов нейровизуализации, визуализации сосудистой системы головного мозга значительно улучшилось качество диагностики больных с этой патологией. Однако ведущим в постановке диагноза остается клинико-неврологическое обследование пациентов. Дисциркуляторная энцефалопатия состояние, являющееся одним из наиболее частых неврологических заболеваний пожилого возраста, проявляющееся хроническим прогрессирующим многоочаговым поражением головного мозга, обусловленным недостаточностью его кровообращения вследствие артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза, и характеризующееся комплексом неврологических и нейропсихологических синдромов, нередко приводящих к инвалидизации больных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 больных с дисциркуляторной энцефалопатией, на фоне артериальной гипертензии и/или сердечной недостаточности, в возрасте от 60 до 78 лет (18 мужчин и 32 женщины), находившиеся на стационарном лечении в неврологических отделениях клиник АГМИ. Средний возраст больных составил 67,4±5,5 лет. Обследуемую группу пациентов мы разделили на группы, в зависимости от стадии заболевания: 1 группа- 18 больных с I стадией, 2 группа - 26 больных со II стадией, 3 группа - 6 больных с III стадией ДЭП. Средняя длительность заболевания составила 11,7 ±5,7 лет (от 4 до 25 лет).

Результаты исследования. Двигательные нарушения различного характера и выраженности выявлены у 40 (80%) больных с дисциркуляторной энцефалопатией. У 32 (64%) больных встречался пирамидный синдром, он был представлен лишь оживлением сухожильных рефлексов, преимущественно с нижних конечностей, патологическими кистевыми и/или стопными знаками. У 28 из 32 больных

дисциркуляторной энцефалопатией, имевших пирамидный синдром, наблюдалась асимметрия. Псевдобульбарный синдром был выявлен у 30 (75%) больных с дисциркуляторной энцефалопатией: 9 (18%) больных дисциркуляторной энцефалопатией I ст., 4 (4%) больных дисциркуляторной энцефалопатией II ст., 17 (34%)больных дисциркуляторной энцефалопатии III ст. Наиболее частым проявлением псевдобульбарного синдрома были аксиальные рефлексы и дизартрия. Глазодвигательные нарушения наблюдались у 8 (26,6%) больных в виде снижения скорости горизонтальных и вертикальных саккад, некоторого ограничения взора вверх. У 27 (67,5) % больных выявлена легкая мозжечковая атаксия в виде неустойчивости в позе Ромберга, незначительной атаксии при выполнении пальценосовой и колено-пяточной проб. Нистагм отмечался у 5 (18,5%) больных, скандированная речь — у 3 (11%) больных. Лобная дисбазия различной степени выраженности выявлена: у 4 (10%) больных с I стадией, 3 (7,5%) больных со II стадией и у больных 11 (27,5%)с III стадией дисциркуляторной энцефалопатии. При ходьбе эти пациенты с трудом отрывали ноги от пола, в результате походка становилась шаркающей, «намагниченной», уменьшалась длина шага, в то время как площадь при ходьбе была несколько увеличенной, туловище было выпрямлено. У части пациентов с лобной дисбазией отмечались затруднения при инициации ходьбы, иногда застывания. При поворотах, преодолении препятствий вновь возникали трудности в виде топтания на месте или застываний, которые нередко сопровождались нарушением равновесия и падениями. При этом классических признаков паркинсонизма (с гипокинезией, тремором покоя, ахейрокинезом, флексорной позой) не было выявлено ни у одного больного.

Исследование двигательной активности мы провели по шкале Тинетти у больных с дисциркуляторной энцефалопатией в зависимости от стадии заболевания (таблица№ 3). Подсчитывался балл при исследовании ходьбы и равновесия. Суммарный бал составляет 28 баллов. При этом балл составляющий ниже 24 – риск падений, ниже 19 – высокий риск падений.

Результаты исследования показали, что у пациентов с большей длительностью заболевания отмечались более выраженные нарушения ходьбы по данным шкалы Тинетти. Постуральная устойчивость также была нарушена у больных с большей длительностью заболевания.

Так же в результате исследования было выявлено, что у больных, имевших в анамнезе артериальную гипертензию нарушение ходьбы было более выражено по сравнению с больными не имевшими в анамнезе гипертоническую болезнь.

С увеличением длительности и стадии заболевания увеличивалась выраженность постуральных нарушений, нарушений ходьбы и псевдобульбарного синдрома (таблицы 3,4), Постуральные нарушения у больных с III стадией были достоверно более выраженными, чем у больных с I и II стадией, а степень выраженности нарушений ходьбы достоверно отличалась у больных разных стадий дисциркуляторной энцефалопатии.

Вывод. Таким образом, с увеличением стадии дисциркуляторной энцефалопатии отмечена тенденция к нарастанию двигательных нарушений.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

И.К.Рустамова, И.А.Аббосова, С.А. Касымова, М.З.Жалалова
Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра неврологии

Введение. Дисциркуляторная энцефалопатия одно из наиболее частых неврологических заболеваний пожилого возраста, проявляющееся комплексом неврологических и нейропсихологических синдромов и нередко приводящее к инвалидизации больных (Верещагин Н.В., Гулевская ТО. , Миловидов Ю.К., 1993., Ready R.E., Ott ВЛ., 2005). Дисциркуляторная энцефалопатия может быть одной из основных причин снижения качества жизни пожилых лиц (Яхно Н.Н. 1995). Качество жизни представляет собой единство объективных и субъективных аспектов, которые могут зависеть как от выраженности заболевания, так и от эмоциональных, социальных и других факторов (Findley L. J., 2000).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 50 больных с дисциркуляторной энцефалопатией, на фоне артериальной гипертензии и/или сердечной недостаточности, в возрасте от 60 до 78 лет Обследуемую группу пациентов мы исследовали на выраженность когнитивных функций и на качество жизни, затем назначили препарат нейроксон по 100 мг на физиологическом растворе Натрия хлора 0,9% 200 мл, вводили внутривенно капельно в течение 10 дней, затем назначалась питьевая форма по 500 мг 2 раза в сутки в течение 1 месяца. Состояние больных оценивалось до начала лечения, сразу после его окончания, а также через месяц после последнего введения препарата. Качество жизни пациентов исследовалось с помощью шкалы EQ-5.

Результаты исследования. Качество жизни больных с дисциркуляторной энцефалопатией и факторы, влияющие на него снижение качества жизни по визуальной аналоговой шкале было выявлено у 40 (80%) больных. Интегральная оценка по шкале EQ-5D была ниже у пациентов с большей

длительностью заболевания и более тяжелой стадией дисциркуляторной энцефалопатии. Самообслуживание по шкале EQ-5D негативно коррелировало с возрастом.

Показатели оценки физического дискомфорта были выше у пациентов более старшего возраста и большей длительности заболевания. Самооценка трудоспособности была ниже у пациентов с наличием и большей выраженностью артериальной гипертензии.

Множественный линейный регрессионный анализ выявил зависимость состояния здоровья по ВАШ EQ-5D от уровня образования. Пациенты с I и II ст. дисциркуляторной энцефалопатии, так же как и пациенты с I и III ст. достоверно отличались друг от друга интегральной оценкой по шкале EuroQol (оценка качества жизни). У пациентов с III ст. дисциркуляторной энцефалопатии оценка состояния своего здоровья по Визуально Аналоговой Шкале была ниже, чем у пациентов со II ст.

Оценка по шкале EQ-5D, состоящего из 5-ти пунктов с исследованием мобильности, самообслуживания, повседневной деятельности, физического дискомфорта, беспокойства и депрессии зависели от стадии заболевания. У больных I и II ст. дисциркуляторной энцефалопатией средняя оценка мобильности составляла – 1,6 балла; самообслуживания – 1,2 балла; повседневной активности-1,3 балла; боль/дискомфорт -1,2 балла; тревога/депрессия - 1,6 балла. У больных III ст. дисциркуляторной энцефалопатией оценка мобильности составила – 1,3 балла; самообслуживания – 1,1 балла; повседневной активности – 1,2 балла; боль/дискомфорт -1 балл; тревога/депрессия- 1,8 балла.

Вывод. Таким образом, у пациентов с I-II стадиями дисциркуляторной энцефалопатией доминирующий вклад в оценку качества жизни привносят фиксация на своих ощущениях и аффективные расстройства, на что указывает наиболее низкая оценка по пункту, отражающему физический дискомфорт, тогда как у пациентов с III стадией на первый план выходят более объективные жалобы, такие как ограничение самообслуживания и мобильности, а физический дискомфорт и аффективные нарушения (депрессия, тревога) оцениваются пациентами как менее выраженные.

ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА ФОСФОЛИПИДЫ СЕРДЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ
(экспериментальное исследование)

Садыкова Г.А., Рахимова Д.А.
Г.У. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

При воспалительных заболеваниях дыхательных путей страдает и сердечная мышца, изменение фосфолипидных показателей тканей которой затрагивает и этот орган. Медикаментозные методы лечения на этапах реабилитации в некоторых случаях вызывают нежелательные последствия. В связи с этим, в эксперименте были применены методы дозированной фототерапии, а именно индифферентный спектр света, обладающий многосторонним лечебным эффектом.

Цель: исследовать фосфолипидный (ФЛ) спектр сердечной ткани у экспериментальных крыс с хроническим воспалением легких (э-ХВЛ) в динамике воздействия фототерпии.

Материал и методы. Экспериментальная модель хронического воспаления лёгких (э-ХВЛ) вызвана у 60 белых беспородных лабораторных крыс по методике Батыровой З.Б. и Шамирзаева Н.Х. (1992).Фототерапия концентрированным импульсным светом в первой группе проведена через синий светофильтр с длиной волны от 400 до 480 нм на проекцию корней легких, ежедневно длительностью 10 мин на курс 10 процедур. Длина волны с использованием зелёных светофильтров во второй группе составляла от 500 до 580 нм. В контрольной группе лечение не проводилось. Спектр фосфолипидных (ФЛ) фракций определяли методом проточной горизонтальной хроматографии. Количественное определение их осуществлялось методом денситометрии и спектрофотометрии.

В результате проведенных исследований в гомогенате сердца крыс с э-ХВЛ выявлено снижение основных фракций фосфолипидов – фосфатидилхолина (ФХ) и фосфатидил этаноламина (ФЭ) и увеличение лизоформ, являющихся токсичными для сердечной мышцы. Данный гидролиз ФЛ происходил за счет активации фосфолипазы А2. Активация фосфолипазы при э-ХВЛ является необходимым звеном специфических метаболических реакций организма в ответ на патологический процесс.

К концу курса фототерапии и через 30 дней после завершения лечения в 1 и 2 группах крыс с э-ХВЛ выявлена тенденция к нормализации основных форм ФЛ гомогената сердца по сравнению с контрольной группой, при одновременном снижении лизоформ ФЛ. Что указывает на ингибирующее действие индифферентного спектра света в отношении активности фосфолипазы А2.

Таким образом, установлена тенденция ингибирующего действия индифферентного спектра света на сердечную ткань при э-ХВЛ, с относительной нормализацией спектра ФЛ и понижением активности фосфолипазы А2.

СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФРАКРАСНОГО СВЕТА ОТ ЛАМП С КЕРАМИЧЕСКИМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.
(экспериментальное исследование)

Садыкова Г.А., Рахимова Д.А., Рахматуллаев Х.У.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить состояние фосфолипидного спектра мембран эритроцитов у крыс с экспериментальной моделью хронического воспаления лёгких (ХВЛ).

Материал и методы. Обследована кровь 10 белых беспородных лабораторных крыс с экспериментальной моделью ХВЛ, вызванной по методике Батыровой З, и Шамирзаева (2002). Фосфолипидные фракции эритроцитарных мембран: фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭ), лизофосфатидилхолин (ЛФХ), лизофосфатидилэтаноламин (ЛФЭ), свободные жирные кислоты (СЖК) и общие фосфолипиды (ОФЛ) – исследованы высокоэффективной проточной горизонтальной хроматографией по методу Каргаполова и Кейтс (1981 г). Обследования производились до начала терапии светом от ламп с керамическим покрытием серий KL, ZB и GI, через 5 и 10 дней воздействия инфракрасного излучения, а также в отдаленные сроки (через 30 дней после окончания курса фототерапии).

Результаты. Анализ мембранных нарушений в эритроцитах крови у крыс с экспериментальной моделью ХОБЛ, вызванной воздействием табачного дыма, выявил существенные изменения всех исследуемых фракций липидов. По сравнению с показателями здоровых особей в эритроцитарных мембранах у крыс, больных ХОБЛ, отмечалось уменьшение содержания основных фракций, накопление лизоформ и свободных жирных кислот. Так, при экспериментальной ХОБЛ наблюдалось падение содержания ФХ, ФЭ, ОФЛ по сравнению с аналогичными показателями эритроцитов здоровых крыс на 30%, 32% и 19% соответственно. Увеличение ЛФХ, ЛФЭ и СЖК оказалось более значительным – показатели возросли на 65%, 74% и 63% соответственно. Далее в процессе курсового воздействия инфракрасного излучения от ламп с керамическим покрытием на крыс с экспериментальной ХОБЛ и после него динамика показателей оценивалась по сравнению с состоянием эритроцитарных мембран до начала фототерапии. Уже через 5 сеансов фототерапии наблюдалось достоверное повышение содержания ФХ (на 9%, $p<0,1$), ФЭ (на 16%, $p<0,05$), ОФЛ (на 7%, $p<0,05$) и снижение ЛФХ (на 22%, $p<0,05$), ЛФЭ (на 10%, $p>0,1$), СЖК (на 18%, $p<0,05$). После окончания 10-дневного курса фототерапии наблюдаемые тенденции усилились: по сравнению с исходным содержание ФХ возросло на 17% ($p<0,05$), ФЭ – на 20% ($p<0,05$), ОФЛ – на 10% ($p<0,05$), произошло уменьшение ЛФХ на 23% ($p<0,05$), ЛФЭ – на 15% ($p>0,1$), СЖК – на 23% ($p<0,05$). В отдаленные сроки (через 30 дней после окончания курса лечения ИК светом) по сравнению с исходным содержание ФХ оказалось больше на 23% ($p<0,05$), ФЭ – на 27% ($p<0,01$), ОФЛ – на 15% ($p<0,05$), произошло уменьшение ЛФХ на 34% ($p<0,01$), ЛФЭ – на 27% ($p<0,05$), СЖК – на 30% ($p<0,05$). Несмотря на такую положительную динамику в течение месяца после окончания фототерапии, полной стабилизации фосфолипидов мембран эритроцитов у крыс с экспериментальной ХОБЛ не произошло: по сравнению с показателями эритроцитов здоровых крыс содержание основных фракций фосфолипидов, в т.ч. общее содержание, оставалось пониженным – ФХ на 14%, ФЭ на 13%, ОФЛ на 7%, - а содержание ЛФХ оставалось повышенным на 9%, ЛФЭ на 28% и СЖК на 14%.

Таким образом, выявлена положительная роль ИК излучения от ламп с керамическим покрытием на состояние эритроцитарных мембран у крыс с экспериментальной ХОБЛ. При этом отмечен более быстрый темп снижения содержания лизоформ и СЖК по сравнению со степенью роста содержания основных фракций фосфолипидов.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Садикова И.Я.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Достаточно серьезной проблемой для практических врачей-стоматологов является эффективная диагностика скрытых кариозных поражений контактных поверхностей и фиссур жевательных зубов. Трудности диагностики кариеса в области фиссур и контактных поверхностей жевательных зубов связаны с современными особенностями клинического течения кариозных поражений. Для них характерно преобладание бессимптомных форм, даже при достаточно большом объеме полостей. При этом, несмотря на то, что разработано множество методов диагностики скрытых кариозных поражений контактных

поверхностей жевательных зубов, их информативность и доступность не позволяют считать данную проблему решенной.

Одним из ключевых моментов, обеспечивающих успешное лечение кариеса, длительный эстетический и медицинский результат лечения является квалифицированное и адекватное препарирование полости. Однако это в значительной степени затрудняется отсутствием единых подходов к препарированию твердых тканей зубов, что приводит к технологическим и медицинским ошибкам, нерациональному и неэффективному использованию боров, ухудшению отдаленных результатов лечения.

Современные методики и технологии восстановления контактных поверхностей жевательных зубов светоотверждаемыми композитными материалами предусматривают обязательное использование матриц, межзубных клиньев и фиксирующих приспособлений, а также инструментов для наложения и снятия матриц и фиксирующих устройств.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения кариеса контактных поверхностей моляров и премоляров методом прямой эстетической реставрации светоотверждаемыми композитными материалами за счет оптимизации диагностических подходов и совершенствования техники восстановления анатомической формы зубов и контактного пункта.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 67 пациентов, у которых был диагностирован кариес жевательных зубов, для выполнения поставленной перед нами задачи.

Результаты исследования. Методики, применяемые в практической стоматологии при лечении кариеса и восстановлении композитными материалами контактных поверхностей жевательных зубов, являются недостаточно эффективными: клиническим требованиям в той или иной степени, не удовлетворяло 95,2±0,88% исследованных реставраций в полостях 2 класса по Блеку ($p<0,05$). При этом уже в течение первого года «службы» дефекты выявлены у 84,0±7,3% реставраций, а у реставраций имеющих «возраст» двух лет и более - 97,4±1,47%. Не имели дефектов восстановления контактного пункта и апроксимальных поверхностей зубов 13,9±1,43% исследованных реставраций, при этом в 90,2±1,55% ($p<0,05$) наблюдений выявлена взаимосвязь некачественного восстановления контактных поверхностей и развития кариозного поражения в области придесневой стенки полости.

Согласно данным опроса-анкетирования 559 врачей-стоматологов, ведущих терапевтический прием, наибольшие трудности в практической работе у них вызывают диагностика кариеса контактных поверхностей (39,4±2,07% респондентов) и восстановление плотного контактного пункта (64,9±2,02%). При этом лишь 22,9± 1,77% опрошенных указали, что используют специальные методики и инструменты, предназначенные для создания плотного контактного пункта и формирования оптимальной конфигурации контактных поверхностей жевательных зубов.

При выявлении скрытых кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов диагностическая ценность опроса пациента составляет 15,0±2,94%; визуально-инструментального исследования с применением оптического увеличения - 49,7±4,12%; метода «шелковой нити» -25,2±3,59%, рентгенодиагностики - 69,9±3,40%, трансиллюминации -56,0±3,57%; лазерной флуометрии - 83,9±2,64%; цифровой оптоволоконной трансиллюминации - 95,6± 1,63%. Лечебно-диагностическое препарирование, проводимое при наличии медицинских показаний по разработанной нами методике, позволяет объективно, со 100%-ной достоверностью, выявлять наличие или отсутствие «скрытого» кариозного поражения контактных поверхностей жевательных зубов.

Согласно результатам лабораторного исследования, многовекторная активная методика при пломбировании светоотверждаемыми композитными материалами полостей 2 класса по Блеку является наиболее эффективным способом обеспечения качественной поверхностной структуры композита на контактной поверхности пломбы и гомогенной внутренней структуры материала.

Сравнение качественных показателей композитных реставраций, изготовленных с применением различных методик и технологий, свидетельствует о достоверно ($p<0,05$) более высокой клинической эффективности многовекторной активной методики по сравнению с использованием традиционных методик и технологий реставрации постоянных зубов при полостях 2 класса по Блеку. Согласно данным клинического исследования, при использовании многовекторной активной методики, предъявляемым клиническим требованиям в сроки наблюдения до 1 года соответствовали 92,5±1,40% реставраций, до 2-х лет - 66,5±2,50%, а в сроки наблюдения более двух лет -54,9±2,64% реставраций. При этом снижение клинических оценок в основном было связано с наличием легкоустранимых дефектов, требующих лишь незначительной коррекции реставрации.

Выводы. Использование в практической стоматологии разработанного в процессе проведения исследования метода лечебно-диагностического препарирования позволяет повысить качество диагностики скрытых кариозных поражений контактных поверхностей моляров и премоляров, определить глубину и локализацию дефекта эмали и дентина, визуально и инструментально оценивать в процессе проведения лечения состояние контактных поверхностей соседних зубов.

Применение в клинических условиях многовекторной активной методики восстановления контактного пункта и апроксимальных поверхностей жевательных зубов при пломбировании кариозных полостей 2 класса по Блеку светоотверждаемыми композитными материалами позволяет эффективно

восстановить анатомическую форму коронок зубов и контактного пункта, повысить эффективность лечения кариеса, качественные характеристики и «сроки службы» композитных реставраций.

Внедрение в практическую стоматологию разработанных в процессе исследования наборов боров и абразивных инструментов для использования при реставрации зубов композитами, инструментов для проведения многовекторной активной методики восстановления контактного пункта, контакт-адаптеров и адаптеров матриц оригинальной конструкции позволяет повысить эргономичность и эффективность врачебных манипуляций при лечении кариеса контактных поверхностей моляров и премоляров, значительно расширить возможности клинического применения технологии объемного пломбирования кариозных полостей данной локализации.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА

Садикова И.Я.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большие достижения в данной области стоматологии, проблема профилактики, диагностики и лечения пациентов с болезнями пародонта остается актуальной. Напрямую это связано с отсутствием четко организованной системы оказания им первичной медико-санитарной и специализированной помощи и пробелами в подготовке кадров, которые эту помощь. Это обусловливает ситуацию, при которой невозможно оказание лечебной помощи всем нуждающимся.

В соответствии с имеющейся нормативной правовой базой манипуляции, связанные с диагностикой и лечением болезней пародонта, в том числе хирургические, могут выполнять врачи-стоматологи-терапевты.

Цель исследования. Повышение эффективности стоматологической помощи пациентам с болезнями пародонта путем разработки алгоритмов врачебных действий как основы Клинических рекомендаций.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 98 пациентов, обратившихся на кафедру Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний АГМИ с подтвержденным или впервые диагностированным гингивитом или пародонтитом.

Результаты исследования. Эффективность используемых методов лечения пациентов с болезнями пародонта недостаточная, у 72,4 % выявлен пародонтит тяжелой степени, у 51 % патология пародонта выявлена впервые, при том, что 21,4 % из них ранее посещали врача-стоматолога по поводу лечения кариеса и других стоматологических заболеваний, 16,3 % была проведена профессиональная гигиена гигиенистами стоматологическими, 13,3 % не получали стоматологического лечения.

Нехирургическое лечение пародонтита, заключающееся в инструментальной обработке корня зуба, имеет высокую эффективность по клиническим показателям. Средняя глубина пародонтальных карманов после нехирургического лечения через 1,5 и 6 месяцев составила 3,0 мм против 5,2 мм до лечения (p=0,383, p=0,409), потеря пародонтального прикрепления через 1,5 месяца уменьшилась на 1,2 мм, а через 6 месяцев на 0,2 мм. Индекс Мюллемана уменьшился на 1,8 и составил 0,2 через 1,5 и 6 месяцев (p=0,411, p=0,512).

Поддерживающая пародонтологическая терапия, осуществляемая каждые 3 месяца, способствует длительной и стойкой ремиссии заболевания, как после нехирургического лечения, так и после открытого юоретажа и лоскутных операций. Средняя глубина пародонтальных карманов через 12 и 18 месяцев составляла 3,0 мм в обеих группах (p=0,273, p=0,292), потеря пародонтального прикрепления уменьшилась на 1,5 и 1,7 мм соответственно (p=0,231, 0,223). Снижение показателей индекса Силнесс-Лоэ произошло с 2,7 (до лечения) до 0,5 в процессе лечения и сохранялось на этом уровне в сроки до 18 месяцев (p=0,870).

Разработанные алгоритмы врачебных манипуляций диагностики и лечения болезней пародонта и критерии контроля качества их проведения позволяют снизить использование хирургических вмешательств для санации пародонтальных карманов до 10 %, тем самым повысить доступность пародонтологической помощи для пациентов путем курации врачами-стоматологами, не имеющими специализированной пародонтологической подготовки.

Разработанные нами и утвержденные Стоматологической Ассоциацией России Клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию стоматологической помощи при болезнях пародонта («Гингивит», «Острый некротический язвенный гингивит Венсана», «Острый и хронический пародонтит») способствуют систематизации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, алгоритмов действий врача-стоматолога и обеспечивают высокое качество медицинской помощи, в том числе в рамках бюджетно-страхового финансирования.

Разработанные нами и изданные в виде методических рекомендаций шаблоны заполнения медицинской карты стоматологического больного при болезнях пародонта обеспечивают преемственность при стоматологическом лечении и способствуют юридической защите врача и пациента.

Вывод. Совокупность результатов исследования и научных положений способствует повышению качества стоматологической помощи пациентам с болезнями пародонта.

Внедрение методов профилактики, ранней диагностики и своевременного лечения болезней пародонта на основе Клинических рекомендаций (протоколов лечения) позволяет предупредить тяжелые формы поражения тканей пародонта, снизить затраты, связанные с их лечением и реабилитацией.

Подробное заполнение медицинских карт стоматологического больного в соответствии с предложенными шаблонами обеспечивает юридическую защиту врача и пациента.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Садикова М.А., Маматкулова Н.Ж
Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Разработка прогнозирования и профилактики гнойно-воспалительных осложнений в раннем посттравматическом периоде остается одной из наиболее актуальных задач лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Осложнения приводят к значительному увеличению сроков пребывания больных в отделениях реанимации, возрастанию летальности.

Цель исследования – прогнозирование и профилактика развития гнойно-воспалительных осложнений тяжелой ЧМТ.

Для достижения цели разработана система прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений, обеспечивающая своевременное применение комплексной терапии. Параллельно проводили повторные бактериологические исследования крови и идентификацию выделенного возбудителя.

Исследования проводили на 3 этапах. На 1 этапе проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни тяжелых ЧМТ с целью сопоставления течения острого периода и установленных прогностических критериев. Выделены 3 группы больных.

Первую прогностическую группу больные (характерны тяжелая ЧМТ и длительная гипоксия). Прогноз наиболее неблогоприятный.

Во вторую прогностическую группу (прогноз сомнительный) было включено 28 больных, частота развития осложнений составила 67%, летальность 38%.

К 3 прогностической группе (прогноз благоприятный) было отнесено 20 больных с тяжелой ЧМТ, не сопровождающейся выраженной иммунодепрессией и длительной гипоксией. Осложнения развились у 10% больных, летальных исходов не было.

На 2этапе Исследования была сформирована консультативная система с помощью персонального компьютера.

На 3этапе исследования у 79 больных с тяжелой ЧМТ применяли иммунокорригирующую терапию с помощью вышеописанной системы. Отмечена положительная динамика показателей неспецифического иммунитета у больных, получавших иммунокорригирующую терапию, в сравнении с показателями больных, получавших традиционную интенсивную терапию в раннем посттравматическом периоде.

Иммунокорригирующая терапия позволила добиться более быстрой нормализации показателей неспецифической резистентности.

Таким образом, раннее прогнозирование позволяет своевременно применять комплексное лечение с целью профилактики и снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений тяжелой ЧМТ.

.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИГРАЦИИ ЯДРЫШЕК ИЗ ЯДРА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Садриддинов А. Ф., Исаева Н. З., Каххоров З. А.
Ташкентского педиатрического медицинского института
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Работа посвящена изучению цитологических механизмов миграции ядрышка гепатоцитов человека и некоторых животных.

Печень обладает уникальными способностями к самообновлению, самовосстановлению после перенесенной травмы благодаря ускоренной пролиферации оставшихся клеток. Изучение механизмов её восстановления остаётся перспективным направлением хирургии, позволяющим улучшить результаты лечения травматических, токсических и инфекционных поражений органа. Хирургическое лечение объёмных образований печени остаётся актуальной проблемой оперативной гепатологии, так как резекция печени, в большинстве случаев, и сегодня остается единственным способом, позволяющим добиться увелечения продолжительности жизни излечения пациентов.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост болезней печени. Прогнозы темпов роста этих патологий неутешительны: предполагается, что на фоне сохраняющейся химизации и загрязнения внешней среды в ближайшие десятилетия следует ожидать увеличения заболеваемости гепатитами и циррозами печени еще на 30- 50%. По данным ВОЗ, частота токсических поражений печени с 1960 г. увеличилась в мире в 6 - 8 раз.

Цель исследовани: Изучить влияние резекции на миграцию ядрышка и его роль на регенераторные процессы печени у крыс.

Материал и методы исследования Материалом исследования служит печень беспородных белых крыс, массой 180-200гр. (n=30) подвергнутых 25% резекции печени и которые забивались на 3, 5, 7, 15 и 30 сутки после операции. Срезы для гистологических исследований окрашивали гематоксилин - эозином, а фотографирование препаратов производили при помощи микроскопа модели N-800M, под иммерсионным объективом (x100).

Результаты исследования: Результаты наших исследований показали, что выход ядрышка в целом после резекции печени значительно увеличивается, причем наибольшее число выхода сделано на 5-е и 7-е сутки после операции. Более того, у подопытных крыс более наглядно можно проследить все этапы перемещения ядрышка, и особенно момент пенетрации через ядерную мембрану. Кроме того, важным моментом является то, что чаще всего мигрирующееся ядрқшко выявляется непосредственно вблизи ядра, независимо от того, это одноядерный или двуядерный гепатоцит. Результаты морфологических и морфометрических исследований показали резкое увеличение количества двуядерных гепатоцитов на 5-7 сутки, в эти же сутки резко увеличился выход ядрышек. Диаметр двуядерных гапатоцитов немного увеличился на 5 сутки, а в остальные дни они не сильно отличались от контрольной группы. Кроме того, диаметр одноядерных гепатоцитов также увеличились на 5-е сутки.

Таким образом, можно заключить, что при резекции печени, наряду с митотическим делением печеночных клеток также происходит миграция ядрышек гепатоцитов, более того данный процесс стимулируется, особенно на 7-е сутки после операционного периода, что может свидетельствовать о регенераторном значение выхода ядрышка в цитоплазму клетки.

Выводы: Таким образом, можно заключить, что при резекции печени, наряду с митотическим делением печеночных клеток также происходит миграция ядрышек гепатоцитов, более того данный процесс стимулируется, особенно на 7 сутки после операционного периода, что может свидетельствовать о регенераторном значение выхода ядрышка в цитоплазму клетки. Практическая значимость данной работы обусловлено поиском факторов, стимулирующих миграцию ядрышка в цитоплазму, с целью усиления синтеза белка, а, следовательно, регенерацию органа. Усиление синтеза белка в клетке, безусловно, отражается не только на регенерацию органа, но также на функциональные его особенности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНИХ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бадалов С.Ж., Жўраева М.А., Солиев Д.Қ.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы: Заболевания печени остаются одной из актуальных проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения мира инфицирована различными видами гепатотропных вирусов. Несмотря на снижение заболеваемости острым гепатитом, число больных хроническим гепатитом возрастает. Также отмечено снижение количества заболевших вирусным гепатитом В и увеличение больных гепатитом С. В мире насчитывается более 200 млн. носителей вируса гепатита С (HCV) (3% населения Земного шара) (ВОЗ), в том числе более 2 миллионов в России (Онищенко Г. Г., 2002). На долю хронического вирусного гепатита С (ХГС) приходится более 70% всех хронических заболеваний печени. HCV является этиологическим фактором 40% случаев цирроза печени и 60-70% - гепатоцеллюлярной карциномы (EASL International Conference of Hepatitis C, Paris, 1999). В 1953 году H.Kowalski и соавт. впервые описали удлинение интервала QT у пациентов с циррозом печени. В последующем было показано, что у больных циррозом печени наблюдаются увеличение сердечного выброса и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в сочетании с вазодилатацией и снижением АД, снижение сократимости миокарда и систолической функции левого желудочка, особенно при физической нагрузке, гипертрофия миокарда с диастолической дисфункцией левого желудочка, электрофизиологические нарушения. Выявленные изменения сердечнососудистой системы нельзя было объяснить воздействием алкоголя или другими известными причинами. Поражение сердца при циррозе печени может длительное время оставаться бессимптомным. Иногда оно проявляется только после трансплантации печени. Резкое ухудшение функции сердца с развитием сердечной недостаточности после трансплантации печени наблюдается в 7-15% случаев (третье место среди причин летальных исходов). Описаны случаи развития левожелудочковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде у больных, ранее не страдавших

сердечнососудистыми заболеваниями. В 2005 году на Всемирном съезде гастроэнтерологов были предложены критерии «цирротической кардиомиопатии», как формы хронической дисфункции сердца у больных циррозом печени, характеризующейся снижением сократительной способности миокарда в ответ на стресс и/или изменением диастолического расслабления с электрофизиологическими нарушениями в отсутствии другой известной патологии сердца. Варианты поражения сердца при циррозе печени мало изучены. Большинство исследований, в которых оценивали состояние сердечно-сосудистой системы были небольшими, а в России подобные исследование вообще не проводились.

„Цирротическая кардиомиопатия и трансплантация печени” Ю. О. Малиновская, С. В. Моисеев, Я. Г. Мойсюк 2016 г. Цирротическая кардиомиопатия – синдром, характеризующийся наличием систолической дисфункции, диастолической дисфункции и электрофизиологических нарушений у пациентов с циррозом печени в отсутствие других сердечно-сосудистых заболеваний. В патогенезе этого состояния играют роль нарушение проведения сигнала β-адренорецепторов, трансмембранных ионных потоков, гиперпродукция вазодилататоров. Клинические проявления цирротической кардиомиопатии неспецифичны и скрыты симптомами, характерными для цирроза печени. Несмотря на то что цирротическая кардиомиопатия часто регрессирует после трансплантации печени, дисфункция миокарда может привести к развитию кардиологических осложнений во время трансплантации и в послеоперационном периоде. Тяжелая дисфункция миокарда влияет на исходы трансплантации печени, увеличивая летальность в результате сердечно-сосудистых осложнений, поэтому своевременная диагностика цирротической кардиомиопатии важна на этапе обследования кандидата на трансплантацию печени. Специфического лечения цирротической кардиомиопатии на данный момент не существует. Рекомендуемое лечение направлено на поддержание функции миокарда и профилактику декомпенсации.

„Поражение сердца при алкогольном циррозе печени” И.А. Комиссаренко Е.В. Голованова И.А. Колечкина И.Е. Трубицына М.Г. Гусейнзаде 2012 г. В заключение отметим, что алкогольное поражение сердца (алкогольная кардиомиопатия) очень часто развивается при алкоголизме, проявляется аритмиями, изменениями миокарда с развитием сердечной недостаточности и нередко приводит к смерти таких больных. Применение препарата Магнерот (магния оротата дигидрат) в рамках терапии алкогольной кардиомиопатии может не только способствовать коррекции часто встречающейся при алкоголизме гипомагниемии, но и улучшать метаболические процессы в миокарде, влияя на течение кардиомиопатии.

„Современний представления о цирротический кардиомиопатией” Я. Сурок, А.В. Колесникова, К.Ю. Дубров 2009 г В статье представлены современный взгляд на патогенетические механизмы развития и прогрессирования цирротической кардиомиопатии. Рассмотрены вопросы, является предметом дискуссий, по развитию этого осложнения. подробно выклдено вопросы клиники, диагностики и терапевтические подходы к лечению цирротической кардиомиопатии

„Роль легочной гипертензии в развитии цирротической кардиомиопатии”, М. В. Чистякова, А. В. Говорин, Е. В. Радаева 2007 г Результаты. ЛГ установлена у 24% больных ЦП, в этой группе установлена дилатация воротной и нижней полой вен со снижением скорости кровотока в воротной вене ($p<0,001$). По данным ДэхоКГ у больных ЦП без ЛГ происходит ремоделирование левого желудочка с увеличением его массы, систолического объема, формируется дилатация легочной артерии, нарушается диастолическая функция желудочков по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$). Выявленные нарушения особенно нарастали у больных с ЛГ, при этом происходила дилатация полости левого предсердия, снижалась сократительная способность миокарда желудочков ($p<0,001$). Выявлена сильная корреляция между диаметром воротной вены и скоростью кровотока в легочной артерии ($r=0,65$; $p<0,05$), между диаметром в нижней полой вене и потоком быстрого наполнения правого желудочка ($r=0,93$; $p<0,05$), между диастолической функцией правого желудочка (Е/А) и скоростью кровотока в воротной вене ($r=0,73$; $p<0,05$). Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о высокой вероятности развития коллатерального кровообращения – воротно-легочных анастомозов.

ЎЗБЕКИСТОНДА САЛЬМОНЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Саидкасимова Н.С., Миртазаев О.М., Матназарова Г.С., Х.С.Салимов, А.Х.Хатамов.
Тошкент Тиббиёт академияси
Самарқанд Ветеринария медицинаси институти

Сальмонеллёзлар халқ хўжалигининг ва Соғлиқни сақлаш тизимининг муҳим муаммоларидан биридир.

«Цивилизация касаллиги» номини олган сальмонеллёзлар дунё бўйича жуда кенг тарқалган ва ҳозирда ҳеч бир мамлакат бу касалликни батамом тугатиш тўғрисида эмас,балки касалланишни камайтириш тўғрисида бош қотирмоқда (Удавихина Л.С. 2009)

Жаҳон Соғликни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, одамлар ва ҳайвонларга хос бўлган бир катор инфекциялар орасида сальмонеллёз касаллигига қарши курашишнинг мураккаблиги ва уни йўқ қилиш

муаммолари ўзига хос кийинчиликлардан иборат. Бундай кийинчиликларнинг асосий сабабларидан бири - касаллик қўзғатувчи сальмонеллаларнинг жуда кўп хилма-хиллигидадир. Уларнинг 3000 дан ортик вариантлари мавжуд бўлиб, шулардан 230 таси паррандаларда, 700 таси инсонларда учрайди.

XX асрнинг 90-йилларида Ўзбекистонда юз берган сиёсий, ижтимоий ва иқтисодий ўзгаришлар сабабли озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқаришда ва сотишда сезиларли ўзгаришлар юзага келди. Кўпчилик умумий овқатланиш ва савдо корхоналари хусусий мулкка айлантирилди.

Ҳозирги вактда паррандачилик саноати Ўзбекистонда юқори суръатлар билан ривожланмокда. (А.Х.Хатамов.Х.С.Салимов.) Бу ўз навбатида одамларнинг кўпгина зооноз касалликлар билан касалланишига сабаб бўлади. Зооноз касалликлардан паррандалар сальмонеллези - кўпгина кишлок хўжалик ва ёввойи паррандаларнинг инфекцион касаллиги бўлиб, ёш организмда ошкозон-ичак, нафас олиш тизими аъзоларининг зарарланиши ва септицемия билан, вояга етган паррандаларда эса тухум етиштирувчи аъзоларнинг касалланиши, клиник белгисиз ёки сурункали кечиш билан характерланади. Бундан ташкари, ушбу касаллик қўзғатувчиси - сальмонеллалар одамларнинг озиқ-овкатлардан заҳарланишига сабаб бўлади. Кўпгина давлатларда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам, паррандачилик ва қишлок хўжалиги ҳайвонларида хам сальмонеллёз касаллиги кенг тарқалган.

Касаллик қўзғатувчисининг манбаи бўлиб, асосан ўзининг нажаси билан катта миқдорда қўзғатувчи ажратадиган касал, касалликдан тузалган салмонелла ташувчи паррандалар ва ҳайвонлар, одам, кемирувчилар ҳамда қўзғатувчи билан ифлосланган ғалла донларидан, ўлган ҳайвонлардан қилинган озуқалар ҳисобланади. Касал ва ундан тузалган паррандалар ўзининг ахлати билан озуқа, сув ва бинодаги барча жиҳозларни сальмонеллалар билан ифлослантиради. Касаллик қўзғатувчи манбаси ва бир вақтнинг ўзида қўзғатувчини ўтказувчи омил бўлиб: ёввойи қушлар, сичқон, каламуш, чивин, эктопаразитлар, шу жумладан каналар, ҳашаротлар (суварак) хизмат қилади. Қўзғатувчининг асосий юқиш йўли аввалгидек озиқ-овқат йўли бўлиб қолмоқда, устунлик қилувчи юқиш омили – товуқ гўшти ва тухум маҳсулотлари. Сальмонелланинг бир паррандадан иккинчисига горизонтал-алиментар ва аэроген йўллари билан юқишидан ташқари вертикал (трансовариал) йўл орқали зарарланиши муҳим рол ўйнайди. Салмонеллаларни трансовариал узатиш (яъни, ота-онадан тухумга) ҳам кузатилади. Қўзғатувчи тухум сариғида бўлиб, эмбрион ривожланишининг барча босқичларида тухумдаги эмбрионни ўлдиради. Ўлмай қолган жўжалар жуда нимжон ҳолатда тухумдан чиқиб касаллик қўзғатувчи манбаига айланади. Сальмонеллалар тухум қобиғи орқали эмбрионга кириши мумкин. Тухумида зарарланган товуқлар касалликнинг клиник белгиларини ривожлантирмасдан инфекциянинг ташувчисига айланади. Кўпинча ташувчи паррандаларда септицемия кузатилиши мумкин, бу эса қушларнинг ўлимига сабаб бўлади.

Касалликга ёш паррандаларнинг ҳароратнинг ошишига таъсир этувчи омил, антисанитария ҳолда сақланиши, паррандаларни зич сақлаш, туриб қолган ва ифлосланган сувни ичишлари асосий сабабчи ҳисобланади. Касаллик қўзғатувчиси билан кўп ҳолларда (ўртача 20 %) балиқ ва гўшт-суяк уни зарарланган бўлади. Юқорида таъкидланган барча омиллар салмонеллаларнинг табиатда барқарорлигини таъминлайди. Вояга етган товуқлар кўпинча сальмонелла ташувчи бўлиб хизмат қилади. Ҳозирги вактга аҳолининг овқатланиш тизимида парранда ва унинг маҳсулотларини истеъмолини ошиши натижасида одамлар ўртасида сальмонеллёз касаллигини кўпайиши кузатилмокда.

Сальмонеллёз билан касалланиш одамлар орасида барча ёш гуруҳлари орасида учрамокда. Биз олиб бораётган илмий изланишлар натижаларига кўра 7 -14 ёш ва 15 ёшдан катта болаларда сальмонеллёз билан касалланиш ҳолатлари кўпаймокда. Сальмонеллёзларни одам организмига юқишининг асосий омили гигиеник талабларга жавоб бермайдиган гўшт ва парранда маҳсулотларини истеъмол қилиш ҳисобланади. Кейинги йилларда хусусий озиқ-овқат савдо корхоналарининг кўпайиши, тез тайёр бўладиган маҳсулотларни (Фас Фут, пиццалар, грилл, сендвич, лаваш) сотувчи хусусий савдо корхоналари кўпайиб бораётганлиги, таомларни тайёрлаш ва сақлаш устидан мунтазам назорат олиб бориш имкониятининг йўқлиги сальмонеллёзларнинг озиқ овқатлар орқали тарқаладиган турининг кўпайишига сабаб бўлмокда.

ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Салахидинов А.С., Мамасолиев Н.С., Каримов У.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования – определение приоритетных научных направлений лекарственной первичной профилактики сердечно – сосудистых заболеваний в примере использования ацетилсалициловой кислоты (АСК) у здоровых лиц.

Материалы и методы. Проведен анализ последних клинических международных рекомендаций и результатов крупных многоцентровых рандомизированных исследований, оценёны причины заметной пользы от приёма АСК.

Результаты и выводы. Оказалось, что сердечно – сосудистая профилактика (ССА) является одним из самых важных и изучаемых направлений клинических исследований. Последние руководства

Европейского общества кардиологов по профилактике постановили, что аспирин не должен быть рекомендован лицам без сердечно – сосудистых заболеваний (ССЗ) или цереброваскулярных патологий вследствие повышенного риска развития крупных кровотечений. Однако, исследователи не оставляют попыток найти возможность для использования АСК с целью первичной профилактики. Были опубликованы результаты крупного исследования jPPP, открытого рандомизированного исследования по использованию АСК у пациентов с артериальной гипертонией, диабетом, дислипидемией без ССЗ в прошлом. В исследовании участвовали более 1000 японских клиник и было включено более 14,5 тысячи пациентов, наблюдение за которыми продолжалось в среднем 5 лет. Все пациенты были рандомизированы либо к приёму АСК, либо были без него. Оценивались первичные конечные точки (СС – смерть, нефатальный ИТ и инсульт).

Мы заметили, что в данном исследовании отсутствие заметной пользы от приёма АСК сопроваждалось увеличением риска больших кровотечений на 85%. В целом, частота «конечных точек» за 5 лет была почти одинаковой в группе и АСК и без него. А вот частота нефатального инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта реже встречались у тех, кто принимал АСК.

В другом исследовании WHS 28 тысяч пациентов со средним возрастом наблюдались до 15 лет. Пациентки были рандомизированы к приёму аспирина дозе 100 мг через день или плацебо. Здесь нами было отмечено, что риск СС смерти, рака прямой кишки, другого рака, и больших желудочно – кишечных кровотечений достоверно уменьшался у всех пациенток, но за счёт тех, кому было 65 лет и больше. У более молодых же приём АСК повышал риск отмеченных событий. У всех пациенток частота больших ЖКК достоверно возрастала в связи с приёмом аспирина.

Выводы. Анализ результатов современных исследований показал, что здоровые женщины среднего возраста не должны использовать АСК для первичной сердечно - сосудистой профилактики и предупреждения рака прямой кишки, так как риск желудочное – кишечных кровотечений перевешивает профилактическую пользу.

CLINICAL AND TREATMENT PROPERTIES OF RHINOSINUSITIS

Salioxunova X.O., Ulmasov A.O., Tuxtasinov X.O.
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

Relevance. Despite the numerous reports on the relationship between the pathology of the upper respiratory tract and bronchial asthma, the coverage of the nuances of the combination of COPD and rhinosinusitis began in the medical literature relatively recently [6].

Thus, the prevalence of inflammatory pathology of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses in patients with COPD has not been practically studied; there is no information in the literature on X-ray screening of the paranasal sinuses in patients with exacerbation of COPD [1,7]. This is surprising, given that the pathogenesis of chronic rhinosinusitis and COPD is based on the phenomenon of the so-called "vicious" circle - a chain of sequential, closely related structural changes in the mucous membrane of the respiratory tract, leading to the development of inflammation, disruption of mucociliary transport and colonization of the respiratory tract by microflora [3].

Therefore, the direct result of the developed management regimens for patients with combined pathology of the upper respiratory tract and COPD is the creation of effective and comprehensive treatment methods that take into account all the etiopathogenetic aspects of these diseases. All of the above emphasizes the relevance of the dissertation topic chosen by the author [4].

Purpose of the study. To study the prevalence of nasal cavity pathology in patients with COPD and determine the role of an integrated approach in the treatment of inflammatory pathology of the nasal cavity, paranasal sinuses and COPD.

Materials and research methods. To accomplish this task, we selected and studied 70 patients with comorbidities of rhinosinusitis and chronic obstructive pulmonary disease.

Results of the study: Symptoms of inflammatory diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses are present in 64.9% of patients with COPD. According to an objective examination, chronic inflammatory changes in the paranasal sinuses are diagnosed in 32.9% of cases with exacerbation of COPD.

The microbial landscape of sputum and nasal secretions in COPD patients is almost identical. The main causative agent of exacerbation of chronic rhinosinusitis in patients with COPD (1st group) is Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae in 11.1% (n-94) cases is determined in the nasal secretion in patients with COPD during remission or in the latent course of rhinosinusitis (2nd and 3rd groups), which indicates the colonization of the upper respiratory tract by opportunistic flora.

Atypical microflora (Chlamydiapneumonia) was diagnosed in scrapings from the nasal cavity in 5.3% of cases and is not dominant.

The severity of an exacerbation of chronic rhinosinusitis is determined by the stage of COPD. This relationship was expressed in the prevalence of patients with III (29%) and IV (38%) stages of COPD disease in the first group in patients with moderate rhinosinusitis compared with the second (III -26%; IV - 23.3%) and third group (III - 21.20%; IV - 15.5%, respectively).

Conclusions: Patients with COPD must be examined by an otorhinolaryngologist. Along with the standard otorhinolaryngological examination, these patients need computed tomography of the paranasal sinuses and microbiological examination of sputum and smear from the nasal mucosa. In case of exacerbation of moderately yellow chronic rhinosinusitis in patients with stage 1 and 2 COPD, cephalosporins of the last generations are adequate drugs. In case of exacerbation of moderate and severe chronic rhinosinusitis in a patient with comorbid COPD stage 3-4, respiratory fluoroquinolones are adequate drugs. The empirical choice of an antibacterial drug should be based on the optimal antibacterial spectrum of the drug, a convenient dosing regimen, application and stage of COPD.

ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА И МОЛОЖЕ 25 ЛЕТНОГО ВОЗРАСТА

Салиев К.К, Салиев А.К., Салиев Д.К
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальност для изучены гемограммы больных острыми лейкозами в ходе лечения и оптимизации постоянной поддерживающей терапии нами были изучены 110 больных. Из них у 7 (6,36%) больных длительность жизни составила 3,5 и более лет в постремиссионном периоде. В том числе 2(28,6%) больных продолжали жить до сих пор, одни из них уже 49,5 месяца, другой более 144 месяцев т.е. 12 лет постремиссионном периоде, при среднем показателе для этой группы 36,7 месяца.

Все больные были подвергнуты тщательными лабораторным исследованиям периферической крови до лечения, в периоды лечения, ремиссии и длительное время 3,5 и более лет в постремиссионные периоды жизни больных. На 1-й год постремиссии необходимо 1 раз в неделю в каждый первый день недели проводить развернутый общей анализ крови, в последующие годы и далее общей развернутый анализ крови проводится 1 раз в 2 недели. Исследования костного мозга и спинно-мозговой жидкости в первый и второй годы постремиссионного периода жизни производятся 1 раз в 3 и 6 месяцев.

Сравнительные показатели гемограммы больных острыми лимфолейкозами отмеченные в ходе лечения и в ходе проведения постоянной поддерживающей терапии у больных с длительностью жизни 3,5 года и более лет в постремиссионном периоде с полной ремиссией во внестационнарных общетерапевтических условиях, представлены в таблице 3. Как видно из таблицы 3, среднее арифметическое и средние ошибки отклонения у больных острыми лимфобластными лейкозами были следующими.

Больной Р-в Д 13 лет 9.10.1998 год поступил гематологической отделении клинике Андижанского государственного медицинского института в тяжелом состоянии направительное диагнозом носовыми, диановыми кровотечениями.

При осмотри мальчик правильного телосложения, кожных покровы бладно, десновые, носовые кровотечение продолжается, жалуется на слабость, сердцабленое, одышку в легких везикулярные дыхание, пульс 136 ударов 1-минуту, граница сердца в пределах нормы А/Д 100/70 мм. рт.ст.

Со стороны пищеварения жалоб нет, нижные граница печени 1,5 см ниже реберной дуги, с легко болезненно, физические отправление регулярно.

Сделано общей анализ крови; гемоглобин 72 $^{г/л}$, эритроциты 2,8х10 $^{12/л}$, лейкоциты 70х10 $^{9/л}$, бласты 38%, полочкоядерные 6%, сегментоядерные 8%, лимфоциты 48%, СОЭ-56 м/ч, в миелограмме костного мозга, лимфобласты 42%, цитохимические исследование с пероксидазами подтвердил острый лимфобластний лейкоз первая атака. Лечения полихимиотерапия (ВАМП) первая атака по академика А.И.Воробьёва для лечение ОЛЛ острого лимфобластного лейкоза у детей юношеского возраста и моложе 25 лет по протоколу ВАМП для профилактик нейролейкоза 5 раз по 12,5мг метотрексать эндолумбально в течение 17 дней и двухсторенные обучения человы 2400 рад с экранировниям глаза и теменной часты человы.

Проводили 3 курса ПХТ 8 дневными курсами междуными перерывы по 9 дней. После 3 курс ПХТ смотрите таблица №3 по всем параметром в гемограмме больного Р-в Д 13 лет значительно улучшились по сравнению с первыми днями.

Гемоглобин 80,5±4,3$^{г/л}$, показатель Р<0.05, эритроциты 2,2±0,35$^{г/л}$, Р<0,05, тромбоциты 170±6,7х10$^{9/л}$ Р<0,05, лейкоциты 2,9±0,49х10$^{9/л}$ при Р<0,05, бласты вообще исчезли в перефической крови, лимфоцитоз значительное уменшились 39±5,2 т.е. наступил гематологические ремиссии.(кон тозаланди).

После курса консолидация ремиссии ПХТ смотрите таблица №3 гемоглобин сталь 86±5,2 г/л , эритроциты 3,6±0,21х$10^{12/л}$, цветной показаль 0,8±0,02, тромбоциты 166±9,8 х $10^{9/л}$, лейкоциты 4,1±0,24х10^{9} , бласты больще непоявился =0,0%, промиэлоциты, метомиэлоциты также не появились, СОЭ 5,5±1,5 мм/ч , при P<0,05, ж.е. достоверно уменьшились, стали нормальным т.е. наступила клиническая и гематологические ремиссии острого лейкоза детей.

После ремиссии 1 год показатели гемограммы стала следуют образом гемоглобин 91,5±7,2; 95,5±4,6; P_3<0,05, эритроцит 3,45±0,2 и 3,5±0,24 P_3<0,05, свет-0,8+0,02 ва P_3<0,05,тромбоциты 460±7,1 и 175±5,6х$10^{9/8}$ P_3<0,05, лейкоцита 3,5±0,4х$10^{9/8}$ ва 3,5±0,3х$10^{9/8}$ P_3<0,05, бласть ва оралик хужайралар пролимфоцит, миелоцитлар ва метомиелоцится кайтиб пайдо буладилар, палочкаядро 9,5±2,9 ва 12±19, P_3<0,05; лимфоцитлар 18±1,4 ва 18±2 P_3<0,05; СОЭ 5,8 ±0,7 ва 7,0±1,2, P_3<0,05;

После 2 и 3 годе после ремиссии гемоглобин 103±64г/л 104±10 г/л, P_4<0,05; эритроцит 4±023х$10^{12/л}$ и 4,0±036х$10^{12/л}$ P_4<0,05; цветовой показатель -08±0,02 ва 0,8±0,03, тромбоциты 170±6,9х$10^{9/л}$ и 144±10,6х$10^{9/л}$ P_4<0,05;

После 4 и 5 лет после ремиссии показатели гемограммы стали следующим образом гемоглобины 104±9,9г/л и 100±10,2 г/л, эритроциты 4,0±03х10^{12} и 4,0±0,34х10^{12}, цветовой показатель-08±0,03 ва 0,8±0,02, тромбоциты 160±8,9х$10^{9/л}$ и 170±8,3х$10^{9/л}$ лейкоциты 8,4±2,9% и 5±2,9% 72±2,9% 8,1% 72±2,9% 9,3%, лимфоциты 15±4,4 и 23±4,8 СОЭ 15±3,1 и 5±2, мм/ч.

После 8 и 8 лет ремиссии значительно улучшился по всем показателями гемограммы больного Р ва Д 13 лет Они следующие гемоглобин 116 ±9,1 и 116±10,2 при P_5<0,05; эритроциты 4,2 ±0,28 и 4,1±0,32 P_5<0,05; цветовой показатель норме, тромбоциты 186±10,6 и 192±11,2 P_5<0,05; бласты и промежуточные клетки неповились, полочкаядерные и сегментоядерные 12±2,2 P_5<0,05; лимфобласты 19±5,4 и 18±4,9 P<0,05 и P<0,05; и СОЭ 5±2,0 и 7±2,5 P_5<0,05.

Тут же незамедлительно проводили противорецедивную ПХТ до исчезновения патологических клеток с последующим тщательным разъяснением каждому больному и их близким родственникам, важности проводимых мероприятии для профилактики рецедивов заболевания и, с целью максимального продления жизни и улучшения качества жизни в постремиссионном периоде.

В результате проведенных мероприятии 5-ти из 7 (71,4%) больных среднюю продолжительность жизни в постремиссионном периоде удалось продлить в среднем до 36,7 месяцев. Двое (28,6%) из 7 больных оказались долгожителями и один из них жил 56 месяцев (см таблицу 4), другой долгожитель-116 месяцев т.е. 9лет 8 месяцев, он продолжает жить (см таблица благодаря строгому и аккуратному соблюдению принципов оптимизации, своевременному приему ПХТ и контрольным исследованиям периферический крови, костного и спинного мозга. При этом последнему больному через 5,5 лет дозы 111 IT мы уменьшили в 2 раза и через 6,5 лет полностью отменили ППТ, как человеку, выздоровшему от острого лимфобластного лейкоза.

Полученные нами данные подтверждают, что индукция ремиссии у больных острым лимфообластным лейкозом возможна при стремительной программированной полихимиотерапии с последующим подкреплением полученной ремиссии. В дальнейшем следует приступить к решению проблемы медицинской и психологической реабилитации больных путем проведения постоянной поддерживающей полихимиотерапии в течение 3-5, лет которая может обеспечить длительную ремиссию и улучшить качество жизни больных с острым лимфолейкозом в постремиссионный период их жизни.

БИРЛАМЧИ ТЕКШИРУВДАН СЎНГ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМНИ ҚАЙТА ЎЛЧАШНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ

О.Салоҳиддинов
Андижон Давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Маълумки, хозирда юрак хасталиклари ичида энг кўп тарқалган ва узоқ муддатли даволанишга махкум касаллик-бу артериал гипертониядир (АГ).Шу боис, бу ташхисни аниқ ва тўғри қўйиш энг асосий масалалардан биридир. Лекин амалиётда айрим шифокорлар артериал қон босимини (АҚБ) бир марта ўлчабок, ташхис қўядилар. АҚБни тайёрланмаган беморда тез ўлчаш ёки бемор хаяжонланиб турганда хатто 2-марта ўлчаш ҳам хатога олиб келиши мумкин.

Тадқиқотнинг мақсади. Скрининг текширувларда АГ ташхисини тўғри қўйишда АҚБни маълум муддатдан сўнг қайта ўлчашни диагностик аҳамиятини баён этишдир.

Материал ва усуллар. Биз Андижон вилоятининг 2та туманида АГни профилактикаси бўйича ўтказган биринчи скрининг текширувимиздан сўнг, АҚБи 140/90 мм.с.у тенг ва ундан юқори бўлган, хамда охирги 2-хафта ичида гипотензив препаратларини қабул қилаётган шахсларни ҳаммасига артериал гипертония ташҳиси қўймай, уларни 2-3 хафтадан сўнг яна АҚБларини ўлчаб чиқдик. Қайта текширувларга 556 шахс чақирилди. Уларда яна АҚБини 2-мартадан ўлчаб чиқдик.

Текшириш натижалари. Текшириш натижасида 70,1% холатларда АҚБи стабил холда сақланганлиги аниқланди, 10,8% холларда АҚБи меёрлашгани, 19,0% холларда эса диастолик артериал босимни (ДАБ) оралиқ даражага тушгани аниқланди.

Хулоса. Демак, беморда АҚБини 1-мартагина ўлчаб, уни АГ касаллиги рўйхатига дарров тикламай, уларни маълум бир пайтдан сўнг қайта ўлчаб, стабил қон босими борлигига ишонч ҳосил қилгандан кейингина, унга узоқ муддатли, мунтазам қабул қилувчи гипотензив препаратларини тавсия этилса, мақсадга мувофиқ бўлади.

СКРИНИНГ ТЕКШИРУВИНИ ЎТКАЗИЛИШИГА ҚАТНАШУВЧИ ШИФОКОРЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ
(артериал гипертония профилактикаси мисолида)

О.Салоҳиддинов
Андижон Давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Сринингтекширувига жалб қилинган шифокорларни тайёрлаш тартибини артериал гипертония (АГ) профилактикаси бўйича ўтказилган скрининг мисолида баён қилишдир.

Материал ва усуллар.Биринчи босқичда Скрининг текширувини бошлашдан аввал ахоли ўртасида текширилувчи касалликларнинг профилактикаси, давоси борасида санитария-маориф ишларини олиб боришлари лозим.

Иккинчи босқичда Бунда қуйидагиларни хисобга олинишини ўргатиш керак.

1)Аввало, АҚБни ўлчовчи тадбир иштирокчиси **отолоринголог** кўрувидан ўтиб, қулоғини яхши эшитаётганлигидан воқиб бўлиши лозим.

2) АҚБ-ўлчаш учун тонометрни (янги сотиб олган бўлса ҳам) хар бир вилоят марказидаги Давлат стандарт лабораториясидан ўтказиб, уни созлиги тўғрисида сертификат олиниши керак.

3) АҚБни 5м аниқликда (масалан 120/80, 125/75) эмас, балки 2мм аниқликда (масалан 122/78, 124/72) аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Тадбирнинг натижалари. Агар скриниг текширувини юқоридагидақа тартибда ўтказилса, текширув тўғри ўтказилган бўлади.

Хулоса. Биз ўз текширувларимизда бу нарсаларга қатта эътибор бердик ва ижобий натижаларга эришдик. Шу боис, буни барчага таклиф этамиз.

ЧАСТОТА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

А.Салахидинов, Г.Тошматова
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить ЭКГ изменения проводимые нами популяционного исследования населения одного из районов Андижанской области.

Материал и методы исследования. При скрининговом исследовании населения по выявлению АГ, у 412 лиц анализировали ЭКГ данные. Категории определяли по Миннесотскому коду.

Результаты исследования. Из 412 ЭКГ у 237 (57,5%) отмечены те или иные патологические изменения. Признаки перенесенного инфаркта миокарда на ЭКГ (категории 1-1 до 1-2-7 Миннесотского кода) встречались у лиц с нормальным артериальным давлением (АД) 0,8% и среди гипертоников 1,0%

У лиц с АГ отклонение электрической оси сердца влево (категория 2-1) зарегистрирована достоверно (P<0,01) чаще, чем среди лиц с нормальным АД. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка (категории 3-1, 3-3) среди лиц с АГ встречались чаще, чем среди нормотоников. Ишемические изменения сегмента S-T(категории 4-1, 4-2 без 3-1, 3-2) достоверно (P<0,01) чаще встречалось среди гипертоников. Не выявлено различий в частоте нарушения атриовентрикулярной (категория-6) и внутрижелудочковой проводимости (категория-7) среди лиц с нормальным АД и АГ. Нарушение ритма сердца (весь 8-класс Миннесотского кода) отмечено достоверно чаще у лиц с АГ по сравнению норматониками. При анализе ЭКГ данных по степени АГ мы отметили, что выраженная гипертрофия левого желудочка (категория 3-1) достоверно (P<0,01) чаще встречались у лиц с тяжелой формой АГ.

Заключение. Таким образом, у лиц с АГ чаще, чем у нормотоников выявляются вышеуказанные патологические изменения.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

А.Салахидинов, Г.Тошматова
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Скринговым методом исследования. Определить частоту выявляемости факторов риска АГ.

Материал и методы исследования. Скринговым методом исследования в сельском районе Андижанской области обследована 4990 лиц в возрасте 18-60 лет обоего пола. Из факторов риска АГ выясняли вредные привычки и избыточное масса тела (ИМТ) обследуемых.Выяснение вредных привычек проводилось по анкете Роуза. ИМТ определяли по биомассе-индекса (Индекс Кетле)

Результаты исследования. В результате опроса населения показал, что курящих составляет 2147 человек (43,2%). Надо отметить, что до 40 лет курят 35,8%, число курящих увеличивается с возрастом. Общее число употребляющих алкогольные напитки составляет 43,5%. Отрадно отметить, что на селе среди женщин курящих и употребляющих алкогольные напитки не отмечены, в то время они чаще встречаются среди молодых возрастных групп.ИМБ распространен в 9,4% случаев. Причем, у мужчин она встречается чаще (12,2%) случаев, чем у женщин (7,6%).Если анализировать распространенность вредных привычек и ИМТ у лиц с артериальной гипертонии, то отмечается следующее: из 556 лиц с артериальной гипертонии курили 297 человек (53,4%), употребляли алкоголь 328 человек -58,7%, ИМТ имели 95 человек (17,1)

Заключение. Таким образом, можно отметить, что среди сельского населения, как городского, чаще распространены вышеуказанные вредные привычки и ИМТ.

Приведенные данные свидетельствует о том, что профилактические мероприятия в отношении этих факторов риска должны быть начато уже как можно раньше, в школьном возрасте.

ҚИШЛОҚ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ

О.Салоҳиддинов, Г.Тошматова
Андижон Давлат тиббиет институти

Тадқиқотнинг мақсади. Қишлоқ шароитида артериал гипертониядан даволаниш самарадорлигини аниқлаш усулини амалиётга тадбиқ этиш.

Материал ва усуллар. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) бу борада тавсия этган усул, бу «охирги нуқталар»ни аниқлашдир.

Асосий «охирги нуқталарга» артериал гипертония туфайли келиб чиққан миокард инфаркти (МИ) ва мия инсульти (МИ) хамда бу касалликлардан сўнг келиб чиққан ўлимлар киради.

Текшириш натижалари. Биз Андижон вилоятида артериал гипертония буйича олиб борилган кенг кўламли профилактик текширишлар натижасида кишлоқ ахолиси ўртасида бу «охирги нуқталар»ни аниқлашни хар чоракда олиб берилади.

МИ ва МИ бўйича маълумотларни беморлар даволанаетган муассасадан касаллик тарихидан кучирма олинади. МИ буйича юрак сохасидаги огрикни структураси, кондаги ферментларни микдори, ЭКГ нусхалари олинади. МИ буйича олинган касаллик тарихи кучирмасида неврологик статусни динамикада кечишига эътибор берилади.

Агар бу касалликлардан улим юзага келганда маълумотларни бемор яшайдигон кишлок кенгашидан олинади. Агар бемор тусатдан вафот этган булса бемор яшаш жойидаги КВПдан амбулатор картасидан кучирма олинади. Уни даволаган врач, патронаж хамшираси ва тез ёрдам врачи билан сухбатлшилади.

Хулоса. Йигилган маълумотлар шифохона статисти, кардиолог, невропатолог ва ЭКГ мутахассисидан иборат экспертлар комитасига топширилади. Бу комита улим буйича асосий хулосани беради.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Салахидинов А.С., Мамасалиев Н.С., Каримов У.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Анализ эффективности немедикаментозной кардиоваскулярной профилактики (КВП) в примере оценки современных подходов и тенденций.

Материалы и методы. Метаанализ результатов новых популяционно – профилактических исследований, в том числе по запросу «кардиоваскулярная профилактика» на информационном медицинском портале Medsape.com и определение приоритетных превентивных направлений.

Результаты и выводы. Новые эпидемиологические исследования посвящены финансовому стимулированию отказа от курения. Следует отметить, современные подходы к профилактике обязывают врача убеждать пациента бросить курить, направить его на программы для прекращения курения. Ранее проходившие исследования показали, что есть смысл финансово поощрять людей, бросивших курить.

Были опубликованы результаты работы, в которой сравнивались различные подходы по финансовому стимулированию прекращения курения. В исследовании участвовали более 2,5 тысячи сотрудников фармацевтической компании, их родственников и друзей. Все участники были рандомизированы к одной из следующих программ: обычной, которая рутинно использовалась, индивидуальным и групповым занятиям с наградой 800 $ тем, кто бросил курить. Факт прекращения курения оценивали по уровню котонина в слюне и/или анабазина в моче.

Из представленных данных видно, что через 6 месяцев во всех специальных группах доля бросивших курить была выше, чем в группе обычного лечения. При этом, в группах, где участники сразу получали деньги, частота некурящих была выше, чем в группах, где был возвратный депозит. Через 12 месяцев доля некурящих также была достоверно выше в тех программах, которые были основаны на моментальном денежнем поощрении.

Были опубликованы результаты метаанализа исследований по оценке эффективности прекращения курения у пожилых пациентов. В анализ были включены результаты 25 когортных исследований, исследований, в общей сложности более 500 тысяч пациентов старше 60 лет. Длительность наблюдения варьировала от 8 до 13 лет. В ходе исследований оценивался СС– риск в зависимости от статуса курения. Отмечено, что у пациентов старше 60 лет риск смерти был достоверно меньше, чем у тех, кто продолжал курить. Причём, если в первые 5 лет он был меньше на 10%, то в следующие 5 те снизился до 16%, а ещё через 5 лет до 22%.

В Далласком исследовании изучалась связь степени физической активности и кальциноза коронарных артерий (ККА) у лиц без ССЗ. В исследовании приняли участие 2013 человек. Результаты исследования показали, что все участники исследования в период бодрствования в среднем 5 часов проводили в сидячем положении. Более менее интенсивная физическая активность была не связана с коронарным кальцинозом. Долгое пребывание в сидячем положении ассоциировалось с пожилым возрастом, ожирением, диабетом, артериальной гипертонией, а также с высокой степенью кальциноза коронарных артерий. Каждый час пребывания в сидячем положении, был достоверно связан с повышением степени ККА на 14%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА

Саматов У.А.
Кафедра госпитальной и клинической стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Современное лечение периодонтита состоит, в основном, из тщательного удаления бактериальной биологической пленки с поверхности зубов. Поскольку это не всегда эффективно, дополнительно используются различные протоколы противомикробной.

Цель исследования. Повышение эффективности антибиотикотерапии острых и обострившихся верхушечных периодонтитов.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 150 больных разного возраста, пола и с различной локализацией острых гнойных одонтогенных заболеваний (периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцессы, флегмоны), поступивших в стационар по поводу этих тяжелых осложнений, возникших после лечения хронического периодонтита антибиотиками.

Результаты исследования. Проведенный анализ карт амбулаторных больных, проходивших лечение с использованием антибактериальных средств по поводу острых верхушечных периодонтитов в частных и муниципальных учреждениях здравоохранения, установлено, что в 98,7 % случаев были использованы пенициллины (амоксициллин), фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин), линкозамиды (клиндамицин), макролиды (рокситромицин), азалиды (азитромицин) и сульфаниламидные препараты (Ко-тримоксазол). Для амбулаторного лечения обострившихся периодонтитов в 95,6 % случаев также использовались пенициллины (амоксициллин), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин), азалиды (азитромицин) и макролиды (рокситромицин).

Изучив анамнез 150 больных, поступивших на лечение по поводу различных острых одонтогенных заболеваний периапикальных тканей челюстно-лицевой области, установлено следующее. Все больные до поступления в стационар лечились в стоматологических клиниках по поводу острого или обострения хронического верхушечного периодонтита антибиотиками. Этим больным проводилось следующее лечение: промывание корневых каналов антибиотиками, чрезапикальная терапия (выведение в очаг периапикальной инфекции антибактериальных препаратов, иммобилизованных на различных носителях, включая полисорб и мел), инъекции антибиотиков по переходной складке, электрофорез и назначение антибиотиков перорально

(таблетки) и внутримышечно (инъекции растворов). При этом 62 больным вводили препараты пенициллина (амоксициллин), 48 – макролиды (рокситромицин), азалиды (азитромицин) и сульфаниламидные препараты, 25 – фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин) и линкозамиды (клиндамицин), 15 – препараты стрептомицина, биомицина или смесь указанных антибиотиков. Затем производили пломбирование в несколько этапов. При этом достигался сравнительно длительный удовлетворительный лечебный эффект, реже кратковременный.

Вывод. Антибиотики, как правило, являются эффективным средством при лечении бактериальных инфекций, что определяет их применение при лечении патологии периодонта. Подавляющее большинство исследований оценивают антибиотики как дополнение к нехирургическому лечению.

В настоящее время ни одно рандомизированное клиническое испытание не смогло продемонстрировать превосходство любой другой схемы применения антибактериальных препаратов перед комплексом«амоксициллин+метронидазол» при клинически или микробиологически установленной форме периодонтит.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ

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 неходжкинска 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 + 1,48 % в группе контроля до 33,95 + 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 + 22,96 пг/мл, в группе контроля - 35,78 + 2,75 пг/мл; $p<0,001$) и ФНО - а (67,21 + 7,08 пг/мл, контроль - 17,31 + 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.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Сапаева З.А., Рахимова Г.П
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Нафас йўлларининг сурункали касалликлари ичида кенг тарқалганларидан бири Бронхиал астма касаллиги (БА) бўлиб, унинг патогенетик механизми асосида яллиғланиш хисобига пайдо бўлган бронхларнинг гиперреактивлиги ётади. Клиник кўринишининг асосини шиллиқ қават гиперсекрецияси, шиши ва бронхоспазм оқибатида келиб чиқувчи нафас сиқиш хуружи ташкил этади. Бронхиал астма хасталиги сўнгги йиллар давомида дунёда кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, у жиддий ижтимоий, иқтисодий ва тиббий муаммога айланиб бормоқда. Умумжахон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига асосан, қисқа давр ичида БАнинг катта ёшдаги кишилар ўртасида 5% гача бориб етиши, келгусида бу касалликнинг янада кўпайишидан далолат бермоқда.

Бизнинг регионимизда хам аллергик БАнинг сўнгги 5 йил мобайнида 0,7% дан 17,5% гача кўпайиши кузатилди, бу эса БАнинг деярли 20 маротаба ошганлигидан далолат беради. Шунингдек БА қатор мамлакатлар, жумладан АҚШ, Буюк Британия, Янги Зенландия, Австралияда хам кўпайганлиги қайд этилган.

Мақсад. Бронхиал астма касаллигининг асосий этиологияси ва патологик физиологиясини ўрганиш ва касалликнинг профилактик чора-тадбирларини ишлаб чиқиш.

Текшириш материаллари ва методлар. Хоразм вилоят ТТА Урганч филиали клиникасига бронхиал астма касаллиги билан мурожат қилган беморларда касалликнинг келиб чиқиши ва патофизиологик кечиши тўғрисида маълумот тўпланди.

Натижалар. Тахлиллар шуни кўрсатдики, БАни ривожланишига олиб келувчи сабабларнинг асосий 80-85% қисмини аллергик омиллар(чанг, тамаки тутуни, чиқинди газлар, дори-препаратлари ва б.), қолган 10-15%ини эса нафас йўллари инфексиялари (РВИ, бронхит, кўк йўтал ва б.) билан тез-тез чалиниши натижасида бронхлар шиллиқ қавати киприкли эпителийсининг жароҳатланиши натижасида шиллиқ қаватининг аллерген ва токсик моддаларга нисбатан ўтказувчанлиги ортиши касалликнинг ривожланишига ёрдамчи фактор бўлади.

Нафас йўлларидаги яллиғланиш бронхиал обструкцияни 4 хил йўл билан келтириб чиқаради: 1) ўткир бронхоконстрикция - силлик мушак спазми натижасида 2) ўткир ости бронхоконстрикция - хаво йўллари шиллиқ қаватининг шишиши туфайли; 3) сурункали - ёпишкок қуюқ бронхиал шиллиқнинг бронхлар ва айниқса терминал бронхлар обструкцияси туфайли 4) склеротик бронхоконстрикция - бронх деворларининг склеротик деформацияси туфайлидир.

Хулоса. БА касаллигининг олдини олиш ва камайтиришда тиббиёт ходимлари билан биргаликда профилактик чора-тадбирларни яхши, сифатли ўтказиш хамда фуқароларнинг тез-тез тиббий кўрикдан ўтказиб туриш максадга мувофиқ деб хисоблаймиз. Профилактика сифатида қуйидагиларга амал қилиш керак: 1)Ташқи мухитдаги аллерен омилларни бартараф етиш. 2)Дори воситаларини мос равишда қўллаш. 3)Касбга боғлиқ зарарли омилларни бартараф қилиш. 4)Инфекция ўчоқларини, нейроендокрин бузилишларни ва ёндош касалликларни ўз вақтида даволаш.

МОНИТОРИНГ С ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Собиржонов И. Т.Солиев Д.К, Ахмадалиева У.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Актуальность темы. Одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной гастроэнтерологии и гепатологии является повреждение печени, которое вызвано в основном действием вирусов. Прогноз и ведение развития заболеваний печени после вирусного лечения после хронической ВГС-инфекции во многом зависит от стадии патологического процесса в печени и его развития. В связи с этим для оценки развития изменений в ткани печени все большее значение приобретают неинвазивные методы скрининга. Среди многих предложенных методов оценки степени изменения паренхимы печени большая роль отводится краткосрочной эластографии печени. Причиной этого является высокая диагностическая точность данного метода, его высокая чувствительность и специфичность, возможность управления в динамике.

Цирроз печени в исходе "Хронического гепатита С: трудности противовирусной терапии" Э.З. Бурневич, Е.Н. Никулкина. Лечение больных ЦП в исходе ХГС – трудная задача. Частота СВО прогрессивно снижается параллельно увеличению числа серьезных НЯ по мере нарастания степени тяжести ЦП по шкале CTP, и, таким образом, ПВТ больных ЦП в исходе ХГС следует при-знать малоэффективной и небезопас-ной. Стратегически важно всех боль-ных с явлениями декомпенсации ЦП направлять в центры

трансплантации печени для постановки в лист ожидания ОТП. Больным с 6–9 баллами по шкале СТРперед ОТП может быть предпринята попыткПВТ (предпочтительнее в LADR-режиме) с целью достижения авиремии к моменту выполнения операциидлпредотвращения реинфицирования донорской печени. При бóльших степенях декомпенса-ции (10–11 баллов по шкале СТР) вопрос о назначении противовирус-ных препаратов решается в инди-видуальном порядке, а для больных с терминальным ЦП в исходе ХГС (12–15 баллов по шкале СТР) жизне-спасающим методом лечения является ОТП. Единственная категория паци-ентов, подлежащая ПВТ согласно всем современным правилам ее проведе-ния, – больные компенсированным ЦП (5 баллов по шкале СТР), в т. ч. с начальными признаками портальной гипертензии, когда в качестве цели ПВТ преследуется достижение СВО. Длительная низкодозовая поддержи-вающая терапия в лечении больных ЦП в исходе ХГС, не отвечающих на ПВТ (отсутствие полного РВО), на сегодняшний день не обоснованна.Перспективы изменения лечебной тактики в отношении больных декомпенсированным ЦП связывают с разра-боткой нейтрализующих антител к HCV, назначаемых в беспеченочную фазу ОТП, однако результаты клинических исследований во многом противоречивы и пока далеки от реальной клиниче-ской практики . Реальной альтернативой, вероятно, является специ-фическая целевая ПВТ (STAT-C) с при-менением ингибиторов вирусной про-теазы и/или полимеразы.

"Современные принципы противовирусной терапии гепатита С". Н.И.Кузнецов, Е.С.Романова, Г.ЮСтарцева. Противовирусные препараты прямого действия, разрешенные в РФПрепараты Генотип ВГСИнгибиторы протеазы NS3/4Асимепревирнарлапревирасунапревирдасабувир и омбитасвир+ паритапревир+ритонавир. Эффективны в отношении 1-го и 4-го генотиповИнгибитор NS5A-комплексадаклатасвир Пангенотипный препаратИнгибитор полимеразысофосбувир Пангенотипный препаратКомбинированный препаратглекапревир (ингибитор протеазы NS3/4A) +пибрентасвир (ингибитор NS5A)Пангенотипный препаратТаблица 2Безынтерфероновые схемы противовирусной терапии, используемые в РФПаритапревир/ритонавир+омбитасвир+дасабувир. Генотип 1 ВГССофосбувир + симепревир +/– рибавирин Генотип 1 ВГСДаклатасвир + асунапревир Генотип 1 ВГСДаклатасвир + софосбувир +/– рибавирин Все генотипыГлекапревир + пибрентасвирВсе генотипыВо время лечения или после его окончания может наблюдаться активация гепатита В. Если она наступает, пациентам назначают терапию аналогами нуклеозидов. При лечении препара-тами прямого действия ХГС с внепеченочными проявлениями курс терапии должен быть не менее 12–24 недель. Пациенты обычно хорошо переносят лечение противовирусными препаратами прямого дей-ствия. Выраженных побочных эффектов, требу-ющих прекращения лечения, практически не на-блюдается. Наиболее часто пациенты жалуется на тошноту, слабость, головную боль, усталость. Мониторинг эффективности противовирус-ной терапии препаратами прямого действия в процессе лечения не проводят. Однако в Рос-сийских рекомендациях по диагностике и лече-нию взрослых больных гепатитом С от 2017 г. оценку РНК ВГС в сыворотке крови рекоменду-ют выполнять до начала лечения, на 2-й неделе (оценка приверженности лечению), 4-й, 12-й или 24-й неделе (в конце лечения для пациентов, по-лучавших лечение на 12 или 24 недели соответ-ственно) и на 12-й или 24-й неделе после завер-шения лечения. Окончательную оценку осущест-вляют на 48-й неделе. По результатам оценки устойчивого вирусологического ответа (УВО) на 48-й неделе после окончания лечения пациенты без цирроза печени могут быть сняты с диспан-серного наблюдения, если у них нормальный уро-вень АЛТ и неопределяемый уровень РНК в сы-воротке крови, оцененные методом ПЦР на высо-кочувствительных тест-системах (< 15 МЕ/мл). Пациенты с циррозом печени остаются под на-блюдением из-за риска возможного развития первичного рака печени. В процессе динами-ческого наблюдения им 1 раз в год проводят УЗИ брюшной полости и исследуют уровень а-фетопротеина. Уровень а-фетопротеина кра-тен его повышению от исходного. Если при про-ведении контрольного УЗИ брюшной полости определяется гомогенное образование в печени или кратность повышения а-фетопротеина пре-вышает 1–1,5 раза от исходного, рекомендуется консультация гепатохирурга по поводу допол-нительного обследования для исключения пер-вичного рака печени.ЗаключениеСовременные безынтерфероновые схемы противовирусной терапии гепатита С препара-тами прямого действия позволяют достигнуть эффективности лечения в 95–98 % случаев. Ес-ли эффект терапии сохраняется более 48 недель после окончания лечения, пациент считается излеченным от гепатита С, но, к сожалению, успешная противовирусная терапия не является гарантией от повторного инфицирования. В странах с ограниченными экономически-ми ресурсами актуальным остается применение схем противовирусной терапии, включающих препараты ИНФ.Противовирусная терапия гепатита С долж-на проводиться под контролем специалистов, имеющих опыт в данной области.

ARTERIAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION DURING ISCHEMIC HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Sodikova D.T.
Department of GP 2
Andian State Medical Institute

Relevance. Chronic coronary artery occlusion (CCA) is characterized by total obliteration of the vessel lumen against the background of atherothrombosis, lasting more than 3 months. There are two types of coronary artery occlusion: type I - functional occlusion, which is characterized by the TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) coronary blood flow assessment scale, TIMI-O blood flow (no antegrade blood flow) or TIMI-I (partial contrast leakage below the occlusion point), the affected area, the presence of a minimal lumen and the ability to contrast the distal part of the artery and to pass the coronary conductor; Type II - total occlusion, in which it is impossible to contrast the distal part of the coronary artery.

The lifetime ("age") of occlusion is defined as the time from the first appearance of clinical signs of the disease, indirectly indicating the possibility of development during this period of occlusion, or from the results of a previous examination to angiographic confirmation of the presence of occlusion.

Myocardial revascularization has been a generally accepted and effective method of treating coronary artery disease for half a century. Direct myocardial revascularization is performed by surgical and endovascular methods. The most widely used coronary artery bypass grafting and transluminal balloon angioplasty, and subsequently stenting of the coronary arteries, united by the general term "percutaneous coronary interventions".

Purpose of the study. To evaluate the effectiveness of autoarterial myocardial revascularization to improve the results of complex treatment of patients with coronary artery disease with multivessel coronary artery disease.

Material and research methods. The clinical material of the study consisted of 293 consecutive patients with coronary artery disease, who were at the AGMI clinic.

Research results. In IHD patients with multivessel disease, autoarterial myocardial revascularization, compared with traditional operations, is accompanied by a decrease in mortality and the incidence of postoperative complications (bleeding, perioperative myocardial infarction, arrhythmias and stroke).

Autoarterial revascularization, in comparison with classical CABG surgery, in the long-term postoperative period is accompanied by an increase in the survival rate (by 3.5%), a decrease in the incidence of MI (by 3.5%), a lower number of relapses of angina pectoris (by 14.4%) and improving the quality of life.

The use of autoarterial composite bypass grafting and beating heart surgery, in comparison with traditional coronary artery bypass grafting, can reduce the number of postoperative complications, reduce the frequency of relapses angina pectoris (15.5%), the incidence of MI (5.7%) and improve survival (4.6%). Internal thoracic arteries and arterial composite shunts have better patency (LVHA - 100%, PVHA - 95.5%, composite shunts - 95.8%), in comparison with the radial artery (LA -90.9%). The functioning of arterial shunts depends on the severity of stenosis in the arteries being shunted.

Arterial myocardial revascularization in patients with a high risk of complications, in comparison with traditional coronary artery bypass grafting, is accompanied by better indicators of "freedom from angina pectoris and myocardial infarction" in the long-term postoperative period.

Conclusions. Thus, until now, in many clinical situations, there is no clear evidence of the effectiveness of this or that method of myocardial revascularization. When analyzing the results of coronary artery bypass grafting and percutaneous coronary interventions in patients with chronic occlusion of the coronary arteries, various authors provide often conflicting data. However, the number of studies conducted in accordance with the principles of evidence-based medicine is small. Currently, the results of clinical trials have convincingly proven that drug-eluting stents are more effective than conventional stents. This creates conditions for increasing the efficiency of endovascular myocardial revascularization and obtaining long-term results comparable to open surgical methods of treatment.

Further accumulation of experience and analysis of long-term results can make it possible to draw final conclusions about the effectiveness of various methods of myocardial revascularization in patients with chronic occlusion of the coronary arteries.

A NEW APPROACH TO CORRECTIONAL INSUFFICIENCY CORRECTION IN ELDERLY PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Sodigova D.T.
Department of GP 2
Andian State Medical Institute

Relevance. According to domestic and foreign authors, over the past 10-15 years, there has been an increase in the life expectancy of the population, and, accordingly, the proportion of patients over 60 is increasing.

According to the gerontological classification of the World Health Organization (WHO), old age refers to patients from 60 to 74 years old, to senile - from 75 to 89 years old. Treatment of elderly and old people is a complex and important problem. Its importance is determined by the fact that cardiovascular diseases occupy the first place in the structure of morbidity, and in elderly people they are more severe, often lead to complications, deaths, and, in each subsequent 5 years of life, mortality per 100 thousand of the population increases in 2-2.5 times.

There is a close relationship between aging and cardiovascular diseases: physiological age-related changes in elderly and senile people are often accompanied by disorders associated with the disease; among people of older age groups, the prevalence of atherosclerosis, ischemic heart disease (IHD), arterial hypertension (AH), and vascular diseases of the brain is sharply increasing. All this sometimes radically affects the tactics of managing patients, limiting the scope of interventions, forcing them to abandon radical treatment methods, reducing them to symptomatic therapy.

Purpose of the study. To study the possibilities of medical and endovascular correction of coronary, myocardial and cerebrovascular insufficiency in elderly patients with myocardial infarction (MI).

Material and research methods. The results of the inpatient stage were evaluated in 137 patients with the above-mentioned comorbidities. The average age of the patients was 68.03 (median 67, interquartile range 64-71) years. All patients were delivered by ambulance teams on average 8.8 hours after the onset of an anginal attack. Among the admitted elderly patients, men predominated - 84 (61.3%), the number of women was 53 (38.7%), respectively.

Research results. In elderly patients with manifest clinical, ECG and laboratory signs of myocardial infarction, in 84.6% of cases, a previous long-term hypertension is recorded, in 62% of cases, stenosing atherosclerosis of the ICA with little-symptomatic clinical manifestations. In 85% of patients in this category, the acute period of myocardial infarction proceeds with complications, including heart failure of more than class I according to KlSr - 19.2%, ventricular arrhythmias above class II according to Lown - 55.4%, stationary mortality is 16, 01% and statistically exceeds that in patients under 60 years of age.

In elderly patients, a strong correlation was found between the total index of coronary artery disease and myocardial heart failure, a direct continuous relationship between the duration of the history of hypertension and the presence of ICA stenosis with clinical manifestations of chronic cerebral ischemia. In elderly patients with signs of chronic CVI, the administration of a third-generation calcium antagonist amlodipine in the first 24 hours from the onset of MI symptoms as part of combined conservative therapy is safe, does not cause an increase in cardiac, coronary and cerebrovascular insufficiency, and promotes stable normalization of systolic and diastolic blood pressure.

Inotropic stimulation with a calcium sensitizer levosimendan in combination with myocardial unloading in elderly patients with myocardial infarction with signs of LV dysfunction contributes to the regression of heart failure, an increase in the ICA blood flow rate, clinical improvement of cerebral circulation, including in patients with signs of multivessel extended stenosing atherosclerosis, underlying neoplasm endovascular revascularization.

In elderly patients with myocardial infarction with signs of local stenosis of coronary arteries, CCI, endovascular revascularization of a symptom-associated artery in the first 12 hours from the onset of an acute coronary event is safe, does not cause major hemorrhagic complications, promotes restoration of myocardial perfusion, an increase in ECA rate, and a decrease in signs of cerebral ischemia. During 12 months of post-hospital follow-up in this category of patients, deaths (10.65% versus 21.9%), the frequency of exacerbations of coronary artery disease (29.8% versus 63.6%), CVD (8.5% versus 24 , 4%) compared with the group without endovascular methods of treatment, which is due to the initially more severe damage to the coronary and cerebral basins in such patients.

Conclusions. The results of the work performed will make it possible to carry out differentiated therapy, including enzymatic and endovascular myocardial revascularization, in case of acute coronary syndrome in elderly and senile patients, taking into account the clinical features of the course of the disease, indicators of intracardiac hemodynamics. The use of the non-glycoside inotropic stimulator levosimendan with the beta-blocker carvedilol after endovascular revascularization of the symptom-dependent artery (SZA) in MI with signs of heart failure in elderly and senile patients is safe, promotes regression of heart failure, which makes it possible to recommend this combination in this category of patients. Increasing the survival rate of patients within 12 months of follow-up after endovascular myocardial revascularization makes it possible to more widely recommend this method of treatment in elderly and senile patients with ACS with ST segment elevation as early as possible.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МАКРОФАГАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ВНЕОСТРОВКОВЫХ ИНСУЛИН-ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА

Соколова К.В.[1], Гетте И.Ф. [1], Данилова И.Г.[1, 2]
[1] – Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук
[2] –Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина

Актуальность проблемы. Дисфункция и гибель β-клеток, развивающиеся в ответ на формирование инсулинорезистентности при сахарном диабете второго типа, приводят к недостаточности инсулина. Функциональная пластичность панкреоцитов и наличие небольшого количества инсулин-продуцирующих клеток в паренхиме поджелудочной железы стимулируют исследователей к поиску путей, приводящих к усилению образования данного типа клеток. Полагают, что их продукция могла бы компенсировать недостаток инсулина. Фактор транскрипции Pdx1 влияет на процессы трансдифференцировки неэндокринных клеток в эндокринные и способствует формированию фенотипа, свойственного β-клеткам. Макрофаги являются важными регуляторами процессов образования и разрушения островковых β-клеток, следовательно, учитывая единство происхождения всех клеток поджелудочной железы, закономерно предположить возможное влияние макрофагов и на внеостровковые инсулин-продуцирующие клетки. Действие макрофагов на β-клетки опосредует секретируемый ими набор цитокинов, в частности, TNF-α и IFN-γ способствуют гибели β-клеток, а TGF-β1, напротив, пролиферации. В качестве агента, изменяющего активность макрофагального звена, была выбрана натриевая соль 5-амино-2,3-дигидрофталазин-1,4-диона (аминофталгидразид натрия), которая тропна к клеткам макрофагального звена и изменяет их метаболическую активность. Потенциальным источником инсулин-продуцирующих клеток могут быть и гемопоэтические стволовые клетки, на пролиферацию и миграцию в очаг воспаления которых также влияют макрофаги.

Цель исследования – выявить отдельные патофизиологические механизмы макрофагальной регуляции образования и функционирования внеостровковых инсулин-позитивных клеток поджелудочной железы при экспериментальном сахарном диабете второго типа и при коррекции аминофталгидразидом натрия.

Материал и методы исследования. Моделирование сахарного диабета второго типа проводилось на половозрелых самцах крыс линии Вистар путём однократного внутрибрюшинного введения стрептозотоцина в дозе 65 мг/кг с предварительным введением никотинамида в дозе 110 мг/кг. Продолжительность развития диабета составила 30 и 60 суток. В третьей группе через 30 суток от начала эксперимента проведена серия из 20 внутримышечных инъекций аминофталгидразида натрия. На проведение исследования получено разрешение Этического Комитета Института иммунологии и физиологии УрО РАН (протокол № 07/19 от 18.12.2019 г.) и Комиссии по биоэтике УрФУ (протокол № 2 от 21.10.2020).

В крови животных определяли содержание глюкозы, гликированного гемоглобина, инсулина и количество лейкоцитов. Концентрацию TGF-β1, TNF-α, IFN-γ и фактора стволовой клетки определяли методом иммуноферментного анализа в крови и в ткани поджелудочной железы. Проводили иммуногистохимическое исследование поджелудочной железы с использованием антител к инсулину и проинсулину, макрофагальному маркеру F4/80, фактору транскрипции Pdx1 и рецептору фактора роста стволовых клеток c-kit. Подсчитывали количество иммунореактивных внеостровковых панкреоцитов отдельно в ацинусах и протоках железы. У инсулин-позитивных клеток измеряли размер и оптическую плотность цитоплазмы.

Выводы. При развитии экспериментального сахарного диабета второго типа количество внеостровковых инсулин-позитивных клеток поджелудочной железы снижается, при этом сохраняется наблюдаемое у интактных крыс преобладание числа данного типа клеток в ацинусах над таковым в протоках (примерно 80 % от всех внеостровковых инсулин-позитивных клеток железы локализовано в ацинусах). Размеры и функциональная активность ацинарных и протоковых инсулин-позитивных клеток поджелудочной железы изменяются по-разному. Снижение количества внеостровковых инсулин-позитивных клеток при развитии экспериментального сахарного диабета второго типа происходит на фоне усиления макрофагальной инфильтрации ацинусов железы, сопровождаемого ростом содержания провоспалительных цитокинов TNF-α и IFN-γ и снижением концентрации TGF-β1 в ткани железы. При этом наблюдается уменьшение количества неэндокринных клеток железы, экспрессирующих Pdx1.

Введение крысам с экспериментальным сахарным диабетом второго типа аминофталгидразида натрия было направлено на снижение выраженности воспалительных процессов в организме, что подтверждается уменьшением общего количества лейкоцитов и IFN-γ в крови на фоне увеличения концентрации TGF-β1. Снижение выраженности воспалительных реакций в организме и поджелудочной железе в частности создаёт благоприятный фон для трансдифференцировки неэндокринных клеток железы в инсулин-позитивные под влиянием Pdx1. На фоне введения аминофталгидразида натрия наблюдается снижение макрофагальной инфильтрации ацинусов поджелудочной железы, уменьшение концентрации TNF-α и увеличение концентрации TGF-β1 в ней, а также увеличение количества Pdx1-содержащих клеток в составе

ацинусов и эпителии протоков поджелудочной железы. Описанные изменения сопровождаются увеличением количества и функциональной активности внеостровковых инсулин-позитивных клеток.

Наблюдаемое при сахарном диабете второго типа увеличение концентрации фактора стволовой клетки в крови и ткани железы не сопровождается ростом количества c-kit-позитивных клеток, лигандом для которых он является, что сохраняется и при воздействии на функциональную активность макрофагов аминофталгидразидом натрия.

Полученные в работе данные демонстрируют связь между количеством и функциональной активностью макрофагов и образованием и функционированием внеостровковых инсулин-позитивных клеток поджелудочной железы. Влияние макрофагов на активность данного типа клеток осуществляется посредством изменения содержания в ткани железы провоспалительных цитокинов и ростовых факторов, а также изменения количества ацинарных и протоковых клеток поджелудочной железы, экспрессирующих фактор транскрипции Pdx1.

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Солиев А.К., Линцов А.Е, Солиев Д.К., Солиев К.К, З.С.Салохиддинов
Андижанский Государственный Медицинский институт, Андижан
Северо-западный Государственный Медицинский университет имени И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на достаточно широкий спектр методов терапии, проблема лечения больных БА остаётся сложной. К числу лечебных мероприятий, проводымих на этапе стратегической терапии, относится иммунокорригирующая терапия. Разработка современных подходов к целенаправленной иммунокоррекции является одной из первоочередных задач пульмонологии.

Цель исследования: Определить корреляцию результатов иммуномодулирующей терапии с иммуногенетическими показателями лимфоцитов крови 20 больных бронхиальной астмой на фоне иммуномодулирующей терапии.

Материалы и методы исследования: Анализ состояния репарации ДНК в процессе иммуномодулирующей терапии тималином методами регистрации спонтанного внепланового синтеза (СВС), индуцированного ультрафиолетовым облучением (ИВС), с определением значений индекса стимуляциии репарации (ИСР) ДНК обследовано у 20 пациентов бронхиальной астмой (6 мужчин и 14 женщин) в возрасте 16 до 69 лет (средний возраст – 52,4 года).

Результаты исследования: По клиническому эффекту после курса терапии тималином больные были разделены на 2 подгруппы: 1–пациенты с отчётливой положительной динамикой после лечения, 2 – больные с отсутствием отчетливой динамики в течении заболевания.

У больных 1 подгруппы (14 человек) начиная с 3-й инъекции отмечалось улучшение самочувствия, уменьшение тяжести приступов бронхоспазма, восстановление чувительности к бронхолитическим средствам, облегчение отделения мокроты и уменьшение её количества.

Во второй подгруппе (6 человек) особой положительной клинической эффективности и динамики течения БА не обнаружено. Однако при анализе состояния репаративной активности ДНК лимфоцитов перед началом и после завершения курса терапии тималином, обнаружена достоверная динамика уровня ИВС и ИСР ДНК. По значениям СВС ДНК достоверных различий до и после проведенного лечения не обнаружено.

Выводи: Наши исследования процессов репарации ДНК на фоне лечения тималином показали существенные изменения значений репарации репарации ДНК после курса терапии. Изменения репаративной способности ДНК затрагивали и индуцированный УФ-облучением внеплановый синтез ДНК и ИСР ДНК, которые после лечения тималином значительно возросли. При это отмечалась зависимость от клинического эффекта лечения тималином. В группе отсутствием эффекта от терапии различия показателей ДНК-репаративной активности клеток оказались несущественными. Таким образом, клиническим положительный эффект терапии тималином сопровождался не только улучшением иммунологических показателей, но и стабилизацией цитогенетического гомеостаза. Это, в свою очередь, приводит и стабилизации цитогенетического гомеостаза. Если генетический аппарат клеток не поврежден и системы, обеспечивающие его постоянство, работают без ошибок, то и функциональная активность соответствующих клеток, включая иммунокомпетентные, сохраняется.

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 дальнодействия, 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 соответствующий 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 C^0, т.е. при глубине грунта до 3 – 4 см, а при глубине до 5 см +60+62 C^0. 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 выполнима, 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.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

Solomonnik O.N.
assistant of the department of infectious diseases
Andijan State Medical Institute

The relevance of the problem. Acute intestinal infections (AEI) are a polyetiologic group of infectious diseases, accompanied by intoxication, impaired motility of the gastrointestinal tract with the development of diarrhea, and in some cases, vomiting and dehydration. Diarrhea is the leading clinical manifestation of intestinal infections.

Diarrhea is an increase in the act of defecation more than three times within 24 hours with a violation of the consistency of feces and the appearance in some cases of pathological impurities. Frequent but normal stools are not diarrhea.

According to the WHO recommendations, according to the pathogenetic principle, diarrhea is conventionally divided into secretory (watery), invasive (bloody) and persistent (diarrhea over two weeks). In acute watery diarrhea, the feces are liquid with an admixture of free liquid and without pathological impurities.

With invasive (bloody) diarrhea, the stool may be copious, but with an admixture of mucus and blood, or vice versa - the stool is not abundant in the form of a clot of mucus mixed with blood.

Purpose of the study. The solution of the above problems is impossible without the development of recommendations for optimizing the diagnosis and treatment of acute intestinal infections, based on a comprehensive clinical and economic analysis of the quality of diagnosis and treatment of these diseases.

Materials and research methods. Epidemiological analysis of AEI in AOIB for 2019-2021. showed a clear upward trend in the incidence of salmonellosis (from 68.0% 000 to 102.4% 000) and acute respiratory infections caused by UPF, and an unspecified etiology (from 293.8% 000 to 385.4% 000).

The results of the study. In the structure of hospitalized morbidity, the proportion of patients with salmonellosis increased 2.1 times from 2.76 ± 0.4% in 2019 to 5.98 ± 0.5% in 2021; with acute respiratory

infections caused by UPF, and unspecified etiology - 2.5 times: from 2.91 ± 0.4% in 2019 to 7.36 ± 0.5% in 2021. Most often, acute respiratory infections were found in the age group 15– 24 years old (34.3 ± 1.8% of patients), which was mainly represented by students.

25.4-37.3% of patients who came to the hospital with the above diagnosis from various hospitals were qualified for overdiagnosis of acute intestinal infections due, in all cases, to professional incompetence of doctors.

Most of the patients (70.7 - 84.9%) of the patients were referred to the infectious diseases hospital with a diagnosis of “OKI” by the SP service doctors. These specialists accounted for the largest number of cases of overdiagnosis of these diseases - 79.1% -87.05%.

Clinical and economic analysis of costs at the prehospital stage of providing medical care to patients with acute intestinal infections and diseases that are clinically similar to them revealed a significant cost overrun (by 45.3%) due to overdiagnosis of acute intestinal infections.

Carrying out practical exercises with the doctors of the joint venture using the differential diagnostic algorithms developed by us aimed at acquiring skills for the early recognition of acute respiratory infections by the indicated specialists allowed us to reduce the level of overdiagnosis of these diseases from 37.3% to 22.8% and reduce the costs of the prehospital stage of medical care for patients with ACI and clinically similar diseases by 13.8%.

As a result of the pharmacoeconomic analysis, the most optimal treatment regimen for patients with mild to moderate forms of acute intestinal infections was determined, namely, rehydration therapy in combination with the administration of enterosorbents and probiotics, starting from 1-2 days of illness.

Conclusions. Prescribing antibiotics for mild and moderate forms of acute intestinal infections negatively affects the clinical course of the disease, leads to an increase in the “total cost of the disease” and can be considered as a treatment defect caused by subjective reasons, namely, insufficient competence of infectious disease doctors in treating this group of diseases.

ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В и С У НАРКОМАНОВ

Соломонник О.Н.
Кафедра инфекционных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Вирусные гепатиты характеризуются повсеместным распространением и высокой заболеваемостью. В Европейском регионе за последние три десятилетия, наряду с тенденцией к увеличению числа случаев заболевания, существенно изменилась возрастная структура больных вирусными гепатитами.

Среди больных преобладают лица молодого возраста. Очевидно, эта тенденция связана с социальными переменами, происходящими в обществе, где одной из главных причин является продолжающееся распространение наркомании, прежде всего, среди подростков и лиц молодого возраста.

Среди факторов рискованного поведения в отношении заражения вирусными гепатитами В, С внутривенное употребление наркотиков общепризнанно как один из основных путей инфицирования этими болезнями.

Ретроспективно проанализировали распространенность и характер течения вирусных гепатитов у внутривенных потребителей наркотиков, которые находились на лечении в клинике инфекционных болезней.

Цель исследования. Оптимизировать тактику ведения больных острыми гепатитами В (ГВ) и С (ГС) (желтушные формы) и наркозависимостью с учетом клинических особенностей заболевания, длительностью наркотизма и показателями Т-клеточного иммунитета.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели и решения задач в течение 2019-2021 г.г. на базе инфекционных болезней АОИБ из 483 госпитализированных в стационар и обследованных больных различными формами гепатитов В и С отобраны 286 пациентов с желтушно-цитолитической формой острого ГВ (140 больных - 1-я группа: 100 человек с наркотизмом и 40 - с естественным течением заболевания) и ГС (146 больных - 2-я группа: 116 пациентов с наркотизмом и 30 - с естественным течением заболевания).

Результаты исследования. В зависимости от возраста больные каждой группы разделены на 4 подгруппы: 1.1 - 60 наркозависимых больных с ГВ в возрасте 13-18 лет; 1.2 - 40 наркозависимых пациентов с ГВ в возрасте 19-21 год; 1.3 - 25 пациентов с естественным течением ГВ в возрасте 13-18 лет; 1.4 - 15 человек с естественным течением ГВ в возрасте 19-21 год. Вторая группа 1-80 наркозависимых больных с ГС в возрасте 13-18 лет; 2.2 - 36 наркозависимых больных с ГС в возрасте 19-21 год; 2.3 - 30 пациентов с естественным течением ГС в возрасте 13-18 лет.

По критериям экспертов ВОЗ, подростковый возраст охватывает период от 10 до 18 лет (Т.И. Стуколова, 2005), что было учтено при распределении больных по возрасту. У всех больных был проанализирован анамнез, каждая из двух групп больных оценивалась по возрасту, полу, социальному положению, продолжительности наркотизма. У 91 наркозависимого пациента (55 больных 1-й группы и 36

человек 2-й группы) оценивали характер иммунологических нарушений по уровням субпопуляций Т-лимфоцитов (СЭ4+, СБ8+ и СОэ+) в зависимости от пола (при ГВ), возраста, длительности наркотизма, вида терапии. Степень выраженности иммунологических нарушений оценивали по формуле А.М. Земского.

Выводы. При желтушных формах острых гепатитов В и С среди госпитализированных больных в возрасте от 13 лет до 21 года преобладают лица мужского пола во всех возрастных подгруппах. С возрастом в группе наркозависимых больных увеличивается удельный вес социально дезадаптированных молодых людей (не учащихся, не работающих) с 43,1% до 66,7%. У 64,8% пациентов инфицирование вирусами гепатитов В и С происходит в течение 1-го года употребления наркотических веществ внутривенно.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Султонов Г.И., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Абдуманапова Р.К., Мавлянов И.К., Махсумова Д.К.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что дети и подростки из групп социального риска являются наиболее угрожаемым контингентом в отношении заболевания туберкулезом, а также неучтенным и наиболее эпидемически опасным резервуаром туберкулезной инфекции.

Нами впервые определены показатели, характеризующие неблагополучную эпидемиологическую ситуацию про туберкулезу у детей и подростков в различных группах социального риска: риск первичного инфицирования (от 5,4% в специализированных школах-интернатах до 13, 0% в семьях беженцев), инфицированность МВТ (от 38,4% в семьях мигрантов до 64,9% в приемнике-распределителе для несовершеннолетних), гиперергическая чувствительность к туберкулину (от 1,1% у мигрантов до 22,2% в приемнике-распределителе для несовершеннолетних).

Цель исследования: оценить наличие психологических и социальных факторов риска заболевания туберкулезом среди молодежи школьного возраста.

Материалы и методы иссдедования: При анализе социальных факторов риска у детей и подростков обращало внимание наличие неблагополучных социально-бытовых условий у большинства детей как при амбулаторном обследовании (от 32,2% в интернатных учреждениях до 100,0% в школах), так и при обследовании в стационаре (у 50,7% больных туберкулезом).

Результаты исследования: Факторы риска отмечались у значительного числа детей из групп социального риска. У родителей воспитанников интернатных учреждений ведущее место занимал алкоголизм (38,8% у отцов и 56,8% у матерей), психические заболевания (4,2% у отцов и 12,9% у матерей). У родителей детей и подростков из приемника-распределителя самыми распространенными МФЗ явились алкоголизм (19,8% у матерей, 48,0% у отцов), заболевания сердечно-сосудистой системы (9,6% у матерей и 8,9% у отцов).

При обследовании пациентов в стационаре у родителей в целом самыми распространенными МФЗ были туберкулез (у 45,7% лиц) и алкоголизм (в среднем 18,2%, с наибольшим значением в асоциальных семьях 50,7%). Следует подчеркнуть, что специальных исследований в клинике по выявлению МФЗ клинико-генеалогическим методом не проводилось, но анализ историй болезни свидетельствует о наличии большого числа МФЗ у родителей детей и подростков из групп социального риска, выявленных при амбулаторном и стационарном обследовании, которые важно учитывать при обследовании и лечении данного контингента. Целесообразно проводить исследования клинико-генеалогическим методом в стационаре, так как генеалогические факторы риска оказывают влияние на возникновение и течение туберкулеза, особенно у детей из групп социального риска.

Таким образом, ведущими факторами риска, способствующими инфицированию и заболеванию туберкулезом детей и подростков из групп социального риска, являются: эпидемиологический (контакте больным туберкулезом у 65,6% обследованных больных), социальный (неблагополучные социально-бытовые условия у 32,2-100% семей, малообеспеченность, в том числе многодетность семей - до 47,6%, неполные семьи, "отказные", "покинутые" дети и сироты - в интернатных учреждениях - до 73,6%, миграция - до 100,0%), медико-биологические (хронические и сопутствующие заболевания у 99,5%, некачественная вакцинация против туберкулеза у 52,0% заболевших туберкулезом, особенно в семьях мигрантов и беженцев у 70,2%).

Уровень медицинского обслуживания и противотуберкулезных мероприятий, проводимых в группах социального риска, является недостаточным в современных условиях и требует изменения и адаптации существующих инструктивно-методических положений к данному контингенту детей и подростков.

Вывод. Неоднородность студенческой молодежи по психосоциальным характеристикам. Выявленное эмоциональное напряжение и высокий уровень тревожности более характерны для студентов старших курсов.

THE USE OF MICRONIZED PROGESTERONE FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF RECCURENT MISCARRIAGE ON THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY

Sultonova N.A.
Bukhara state medical Institute named after Abu Ali ibn Sino

Actuality. Miscarriage despite today's many methods and drugs of this class remains one of the unsolved problems in modern obstetrics. In the problem of miscarriage, progesterone deficiency occupies a particularly important place. Since this is the cause of many disorders, such as placental invasion and its insufficiency.

Purpose of the study. In this study, we want to investigate the role of progesterone deficiency in recurrent miscarriage in non pregnant women.

Material and methods. All patients were treated for recurrent miscarriage in the Bukhara perinatal center of the city of Bukhara. 139 patients were under observation. They were between 30 and 35 years old. The patients were divided into 2 groups. Group 1 was a control group, which were healthy women within 89 patients. Group 2 included 50 patients with 2,3 or 4 fetal loss. In the first group, women with a history of losses 2 times were 21 women (40%), 3 times 9 women (18%) and 4 or more times 20 patients (32%).

We measured fasting progesterone levels in the second phase of menstruation and the correlation of ultrasound to measure endometrial thickness. We analyzed all cases of fetal loss. Statistical analysis was by the Fisher Student's method.

Result. As a result of the study, we found that in the first group, the level of progesterone remained to normal values (2.3-5.6). In the second group, there was a decrease of 0.06 nmol / L from low normal values in women with two fetal losses, 0.08 nmol / L from low normal values in women with three losses in history, and in women with four fetal losses 0, 1 nmol / L from low normal values. It should be noted that when analyzing progesterone, patients were strictly prohibited from taking oral contraceptives or hormone-containing drugs. Ultrasound examination revealed the M-echo of the endometrium in the first group more than 15 mm, in the second less than 10 mm.

Conclusion. In summary, we can say that with the help of our research, we once again proved the connection between miscarriage and progesterone deficiency. That is why we advise all doctors to give progesterone preparations for prophylactic and therapeutic purposes for women with recurrent miscarriage in the first trimester of pregnancy.

ОПЫТ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ташматова Г.А.
Кафедры пропедивтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Резюме. В настоящее время большое внимание отводится изучению при разнообразных патологических процессах различных растворимых форм адгезивных молекул, относящихся к новому классу иммунорегуляторных микрочастиц. Необходимо отметить, что сведения об участии в патогенезе ХОБЛ и ИБС этих молекулярных форм единичны и разноречивы. Кроме того, при сочетании ХОБЛ и ИБС, стенокардии напряжения II, III функциональных классов (ФК) отсутствуют комплексные клинические исследования, посвященные взаимосвязям процессов ремоделирования миокарда с биомаркерами воспалительного процесса, включая молекулы клеточной адгезии и адгезии сосудистых стенок, а также провоспалительных цитокинов и липидного профиля.

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из основных причин заболеваемости и смертности и занимает 4-е место в общей популяции. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) у пациентов с ХОБЛ выявляются примерно у 50%. Повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ХОБЛ, по мнению некоторых исследователей, связан с наличием у этих пациентов системного воспаления. Известно, что маркерами системного воспаления как при ХОБЛ, так и при атеросклерозе являются повышение концентраций медиаторов воспаления, включая С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли альфа (TNF-a), интерлейкин-4, интерлейкин-6.

Цель: оптимизировать диагностику ремоделирования миокарда у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, сочетающейся с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II, III функциональных классов с учетом структурно-функциональных особенностей.

Материалы и методы исследования. Критерии включения: пациенты с ХОБЛ II-IV спирометрических стадий, пациенты с ИБС, стенокардией II, III функциональных классов, пациенты с сочетанием спирометрических стадий ХОБЛ II-IV и ИБС, стенокардия II, III функциональных классов. Критерии исключения: декомпенсированное хроническое легочное сердце, стойкие нарушения ритма (фибрилляция предсердий, трепетание предсердий), пневмония, нестабильная стенокардия, острый и перенесенный инфаркт миокарда, ХСН II-III стадии.

Результаты исследований. В зависимости от наличия сопутствующей ИБС были выделены следующие группы пациентов: 1-я - с ХОБЛ без сопутствующей ИБС (n = 56); Второй - с ХОБЛ + ишемической болезнью сердца (n-31), причем у 5 человек из этой группы была стенокардия II ФК и у 26 человек - стенокардия III ФК. В 3-ю группу вошли пациенты с ишемической болезнью сердца (n = 36), преимущественно со стенокардией напряжения SFC.

Контрольную группу составили клинически здоровые лица, не имевшие нарушений спирометрических показателей и ЭКГ, сопоставимые с обследованными пациентами по полу и возрасту (30 человек, средний возраст 52 ± 1,2 года, из них 19 мужчин, 8 женщин). ИБС диагностировал специалист-кардиолог на основании результатов холтеровского мониторирования ЭКГ, проведенного во время текущей или предыдущих госпитализаций; в 37% - ранее проведенная коронарная ангиография. Пациентам в группах ХОБЛ + ИБС и ИБС назначена кардиотропная терапия (ИАПФ, блокаторы Са-каналов, антиагреганты, нитраты, статины), селективные бета-адреноблокаторы (в группе ИБС). Пациенты из групп ХОБЛ + ИБС и ХОБЛ поступали в клинику с обострением респираторного заболевания и получали стандартную терапию для купирования обострения ХОБЛ: небулайзированные бронходилататоры короткого и / или пролонгированного действия (м-холинолитики, (32) -агонисты); небулайзированные формы ингаляционных глюкокортикостероидов); мю-колит, а также системные глюкокортикостероиды (сГКС) коротким курсом (5-10 дней). При появлении признаков инфекционного обострения ХОБЛ пациентам дополнительно эмпирически назначали антибиотики.

Выход. Использовались общеклинические и специальные методы исследования. Диагностика ХОБЛ проводилась согласно клиническим рекомендациям [GOLD, 2012], а тяжесть течения устанавливалась по результатам спирографии с учетом значения ОФВ] и снижения индекса ОФВ1 / ФЖЕЛ в меньшую сторону. чем 70%. Степень дыхательной недостаточности (ДН) определяли по данным пульсоксиметрии. Выраженность одышки оценивалась по шкале Medical Research Counsel (mMRC). ITI рассчитывали по формуле: ITI (пачки / годы) = количество выкуриваемых сигарет в день х стаж курения (лет) / 20. ITI> 10 является значительным фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких. На автоматическом пневмотахометре «Итон-01» изучали функцию внешнего дыхания (ФВД). Допплеровская эхокардиография (Doppler Echo-KG) выполнялась на аппарате APOGEE-SX с использованием преобразователя с частотой 3,5 МГц.

YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA O’SOK KECHISH XUXUSIYSTALARI

Toshmatova G.A.
Ichki kasalliklar ppropedivtikasii haqida kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Hozirgi vaqtda turli patologik jarayonlarda yangi immunoregulyatsion mikropartikulalar sinfiga kiruvchi yopishqoq molekulalarning turli eruvchan shakllarini o'rganishga katta e'tibor berilmoqda . Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu molekulyar shakllarning KOAH va IHD patogenezida ishtirok etishi to'g'risidagi ma'lumotlar vaqti-vaqti bilan va bir-biriga ziddir. Bundan tashqari, KOAH va IHD birikmasi bilan, statsionar angina pektoris II, III funktsional sinflar (FC), miyokardni qayta qurish jarayonlarini yallig'lanish jarayonining biomarkerlari , shu jumladan hujayra yopishqoqligi molekulalari bilan o'zaro bog'liqligiga bag'ishlangan murakkab klinik tadqiqotlar mavjud emas. tomir devorlarining hisobga olish, shuningdek, pro-yallig'lanish sitokinler va lipid profili. ...

Dolzarbligi . Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi kasallik va o'limning asosiy sabablaridan biri bo'lib, umumiy aholi orasida 4-o'rinni egallaydi. KOAH bilan og'rigan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari (CVD) taxminan 50% aniqlanadi. KOAH bilan og'rigan bemorlarda yurak-qon tomir asoratlari xavfining oshishi, ba'zi tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ushbu bemorlarda tizimli yallig'lanish mavjudligi bilan bog'liq. Ma'lumki, KOAHda ham, aterosklerozda ham tizimli yallig'lanish belgilari yallig'lanish mediatorlari kontsentratsiyasining ortishi, shu jumladan C-reaktiv oqsil (CRP), o'sma nekroz omil alfa (TNF-a), interleykin-4, interleykin-6.

Maqsad: surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan og'rigan bemorlarda yurak ishemik kasalligi, stressli angina pektoris II, III funktsional sinflar bilan birgalikda bemorlarda miyokardni qayta qurish diagnostikasini tuzilish va funktsional xususiyatlarini hisobga olgan holda optimallashtirish .

Materiallar va tadqiqot usullari. Kiritish mezonlari: KOAH II-IV spirometrik bosqichlari bo'lgan bemorlar, koronar arteriya kasalligi bo'lgan bemorlar, angina pektorisi II, III funktsional sinflar, spirometrik bosqichlari II-IV KOAH va yurak ishemik kasalligi kombinatsiyasi bo'lgan bemorlar, angina pektorisi II, III funktsional sinflari. Chetlatish mezonlari: dekompensatsiyalangan surunkali kor pulmonale, doimiy ritm buzilishi (atriyal

fibrilatsiya, atriyal chayqalish), pnevmoniya, beqaror angina pektorisi, o'tkir va kechiktirilgan miokard infarkti, II-III bosqich.

Tadqiqot natijalari. Birgalikda yurak ishemik kasalligi mavjudligiga qarab, bemorlarning quyidagi guruhlari aniqlandi: 1 - yurak ishemik kasalligi bo'lmagan KOAH bilan (n = 56); Ikkinchisi - KOAH + ishemik yurak kasalligi bilan (n-31) va ushbu guruhdan 5 kishi angina pektoris II FC va 26 kishi angina pektoris III FC bilan og'rigan. 3-guruhga yurak ishemik kasalligi (n = 36), asosan, statsionar angina SFC bilan og'rigan bemorlar kiritilgan.

Nazorat guruhi spirometrik parametrlar va EKG buzilmagan klinik jihatdan sog'lom odamlardan iborat bo'lib, tekshirilgan bemorlar bilan solishtirganda jinsi va yoshi (30 kishi, o'rtacha yoshi 52 ± 1,2 yil, shundan 19 erkak, 8 ayol). IHDga kasalxonaga yotqizilgan yoki oldingi kasalxonalarda o'tkazilgan Xolter EKG monitoringi natijalari bo'yicha mutaxassis kardiolog tomonidan tashxis qo'yilgan ; 37% da - avvalgi koronar angiografiya. COPD + İHD va İHD guruhlarida bemorlar farz cardiotropic davolash (Ace inhibitörleri Ca- kanal blokerleri , antiplatelet xodimlari , nitratlar, statinler), (İHD guruhda) tanlab beta-blokatorlar. KOAH + IHD va KOAH guruhlaridan bo'lgan bemorlar klinikaga nafas olish yo'llari kasalliklarining kuchayishi bilan murojaat qilishdi va KOAHning kuchayishini to'xtatish uchun standart terapiya oldilar: qisqa muddatli va / yoki uzoq muddatli ta'sirli nebulize bronxodilatatorlar (m- antikolinerjiklar , [32] -agonistlar); nafas oladigan glyukokortikosteroidlarning nebulize shakllari); mu-kolit, shuningdek tizimli glyukokortikosteroidlar (sGKS) qisqa kursda (5-10 kun). KOAH yuqumli alevlenme belgilari paydo bo'lganda, bemorlarga qo'shimcha ravishda empirik ravishda antibiotiklar buyurildi.

Xulosa. Umumiy klinik va maxsus tadqiqot usullari ishlatilgan. KOAH diagnostikasi klinik ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirildi [GOLD, 2012] va kursning og'irligi FEV qiymatini hisobga olgan holda spirografiya natijalariga ko'ra aniqlandi] va FEV1 / FVC indeksining pasayishi . 70% dan yuqori. Nafas etishmovchiligi darajasi (DN) puls oksimetriyasi ma'lumotlariga ko'ra aniqlandi . Dispniyaning og'irligi tibbiy tadqiqotlar bo'yicha maslahat (mMRC) shkalasi yordamida baholandi . ITI quyidagi formula bo'yicha hisoblab chiqilgan: ITI (paketlar / yil) = kuniga chekilgan sigaretalar soni x chekish tajribasi (yillar) / 20. ITI> 10 surunkali obstruktiv o'pka kasalligi rivojlanishining muhim omilidir . Avtomatik to'g'risida pneumotachometer "Eaton-01" tashqi nafas (FVD) vazifasi o'rganildi. Doppler ekokardiyografi (Doppler Echo- KG) APOGEE-SX apparatida 3,5 MGts transduser yordamida amalga oshirildi.

ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Ташмухамедова М.К.
Ташкентская Медицинская Академия

Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями является одним из главных медицинских и социальных задач. Эти задачи определяются широкой распространенностью среди населения сердечно-сосудистых заболеваний, постоянным ростом заболеваемости ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией, увеличением смертности от этих заболеваний. В плане разработки общегосударственных мероприятий по профилактике с указанной патологией особое значение имеет изучение роли профессиональных факторов как возможных факторов риска в развитии патологии сердечно-сосудистой системы. Среди производственных факторов, способствующих развитию сердечно-сосудистых заболеваний, многие исследователи отводят существенную роль вибрации и шуму.

Цель исследования: Изучение роли сочетанного воздействия вредных факторов производства горнодобывающей промышленности при развитии наиболее распространенных заболеваний органов сердечно-сосудистой системы, разработка методов профилактики, критериев медицинской и трудовой реабилитации.

Материалы и методы: Нами проводилось изучение распространенности сердечно-сосудистой патологии среди работников горнорудного производства (800 человек). Выбранный нами контингент рабочих работал в условиях воздействия комплекса вредных факторов производства: вибрации, шума, запыленности, вынужденного положения тела. Для изучения влияния производственной вибрации и шума на сердечно-сосудистую систему были выбраны проходчики, машинисты экскаваторов, водители большегрузных машин, машинисты буровых установок и машинисты электровозов. Согласно представленной характеристик условий труда были выделены 2 группы рабочих: I группа – проходчики, подвергающиеся воздействию локальной вибрации и шума, II группа - машинисты экскаваторов, буровых установок и тепловозов и водители большегрузных машин, подвергающиеся воздействию общей вибрации и шума. Изучение сердечно-сосудистой патологии у работающих проводилось как одномоментное эпидемиологическое исследование с использованием стандартных методов и унифицированных критериев.

Результаты и обсуждение: Распределение обследованных рабочих по возрасту и стажу показало, что средний возраст в I-й группе составил 38,6, во II-й группе – 41,8 лет, а средний стаж соответствовал 19,8 и 23,7 лет.

При изучении распространенности артериальной гипертонии среди рабочих I-группы артериальная гипертензия встречается в 22,7% случаев, а среди обследованных II-группы - составила 18,3% случаев. Представилось важным проследить имеется ли зависимость частоты и уровня повышения артериального давления от стажа работы в условиях воздействия вибрации и шума. С целью исключения влияния возраста на частоту артериальной гипертонии были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели на 100 обследованных (косвенным методом). Выяснилось что у стажированных рабочих артериальная гипертония встречалась достоверно чаще (стандартизированный показатель 8,63±1,1).

Изучение распространенности отдельных форм ишемической болезни сердца показало, что стенокардия напряжения среди обследованных рабочих составила в I-группе 2,5%, во II-группе – 7,8%. При анализе полученных данных было отмечено, что среди обследованных рабочих ишемическая болезнь сердца встречается только у лиц старше 40 лет. При этом частота ишемической болезни сердца нарастает с возрастом. Так, среди обследованных лиц в возрасте 40 – 49 лет ишемическая болезнь сердца встречалась в I-й группе у 4,7%, во II-й группе 8,8 случаев, в возрасте выше 50 лет, соответственно 15,8 и 23,5%.

Таким образом, проведенный анализ материала по распространенности артериальной гипертонии в различных стажевых группах, предпринимаемый обычно с целью уточнения влияния производственных факторов на изучаемый показатель, отметил достоверное нарастание случаев артериальной гипертонии в группах лиц со стажем работы свыше 10 лет. В то же время было отмечено, что наиболее удельный вес случаев артериальной гипертонии среди обследованных приходится на старшие возрастные группы. При таком соотношении двух факторов – стажа и возраста, роль одного из которых, а именно возраста в развитии сердечно-сосудистой патологии не вызывает сомнения, с полной уверенностью утверждать значение другого затруднительно. В подобном положении оказался вопрос о роли производственных факторов в развитии ишемической болезни сердца. Случаи заболевания зарегистрированы только у лиц в возрасте старше 40 лет с различным стажем работы.

Выводы: Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что учащение случаев артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца у обследованных в старших возрастных группах с длительным стажем работы по сравнению с соответствующими популяциями мужчин других производственных коллективов, по-видимому, даёт основание говорить о неблагоприятной роли сочетанного воздействия вибрации и шума на состояние сердечно-сосудистой системы. Поэтому для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у работников горнорудного производства требуется проведение диспансеризации работающих во вредных условиях труда с проведением общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий. Лечебно-профилактические мероприятия для предупреждения сердечно-сосудистых расстройств, помимо мер по оздоровлению специальных условий труда должны включать общие мероприятия по регламентации условий быта, организации трудового процесса, физической и психической тренировки, рационализации питания. Проведение этих мероприятий у различных групп работающих позволит улучшить здоровье общества в целом. Это обусловлено большой численностью обследуемых контингентов и реальной организационной структурой, обеспечивающей проведение мероприятий. Благодаря этому предварительные и периодические медицинские осмотры могут стать первым этапом диспансеризации работающего населения по сердечно-сосудистому профилю.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ АКТУАЛНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ

Тишабаева Н.А., Исакова Н.Р., Махмудова Н.А.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность: Эндокринная система координирует функции различных органов посредством гормонов, являющихся химическими веществами, которые выделяются в кровоток из специализированных клеток, находящихся внутри эндокринных желез (внутренней секреции). Находясь в крови, гормоны влияют на функцию тканей-мишеней, которые могут быть либо другой эндокринной железой, либо рецептором. Некоторые гормоны действуют на клетки того же органа, который является их источником (паракринный эффект), а иногда даже на сами продуцирующие их клетки (аутокринный эффект). Нарушения эндокринной системы возникают в результате расстройства эндокринных желез и/или их тканей-мишеней.

Цель иссследования: Изучение заболеваемости и смертности от заболеваний эндокринной системы

Материалы и методы исследования: Анализ статистических показателей заболеваемости и смертности от заболеваний эндокринной системы, полученных из отчётной статистики ВОЗ от 2017 года.

Результаты исследования: Доля больных с патологией эндокринной системы постоянно увеличивается во всех экономически развитых странах мира. Ведущее место в структуре всех эндокринных заболеваний занимает сахарный диабет, являющийся на сегодняшний день одним из самых опасных вызовов мировому сообществу и важным приоритетом национальных систем здравоохранения. Второе место в структуре эндокринной патологии принадлежит различным заболеваниям щитовидной железы.

Одним из ведущих показателей, определяющих эпидемиологическую ситуацию сахарного диабета в мире, является распространённость в связи с ростом численности и возраста населения, урбанизации территории, увеличением распространённости ожирения и малоподвижного образа жизни» По оценкам экспертов, в Европейском регионе, куда входят 56 стран, число людей с сахарным диабетом составляет 56,3 млн, или 8,5% от взрослого населения. Самый высокий показатель отмечается в Турции - 14,8%. Показатель распространённости сахарного диабета в Германии составляет 11,95%, в Испании – 10,83%, Италии – 7,95%, Франции – 7,50%, в Великобритании – 6,57%. Минимальная национальная распространённость сахарного диабета в наблюдается в Азербайджане – 2,28%, в Китае проживает наибольшее число людей с сахарным диабетом – 109,6 млн, а уровень распространённости достигает 10,6%. В Северной Америке и странах Карибского бассейна большинство населения региона проживает в США, Мексике и Канаде, и в этих же странах зарегистрировано подавляющее большинство людей, страдающих сахарным диабетом. Национальная распространённость сахарным дибетом в Мексике – 11,7%, Канаде – 10,21%, США – 10,90%. Другим важным показателем, определяющим эпидемиологическую ситуацию в отношении сахарного диабета, является заболеваемость. Прослеживаются чёткие географические различия в тенденциях роста, но средний годовой прирост составляет 3%. Установлено, что сахарный диабет 1 типа в мире ежегодно заболевает 79100 детей в возрасте до 15 лет. Из 497 100 детей, которые сегодня живут с сахарным диабетом 1 типа, 26% являются жителями Европы, где собраны самые последние и наиболее надёжные данные о частоте новых случаев сахарных диабетов, и 22% - в Северной Америке и странах Карибского бассейна. На профилактику осложнений сахарного диабета и на лечение самого заболевания всемирное здравоохранение затратило в 2013 году около 548 млрд долларов США. Ожидается, что к 2035 году эта цифра превысит 627 млрд долларов США. Значительно колеблется объём расходов на лечение сахарного диабета от региона к региону и от страны к стране. Только 1/5 часть общемировых расходов приходится на страны со средним и низким уровнем доходов, хотя в них и проживает около 80% пациентов с сахарным диабетом. На одного больного в странах со средним и низким уровнем доходов тратится в среднем 356 долларов США в год, а в странах с высоким уровнем доходов - 5 621 доллар США Тиреоидная патология занимает второе место по распространённости после сахарного диабета среди всех эндокринопатий .С начала 90-х годов она также характеризуется ростом распространённости, зависящей от множества факторов, таких как пол, возраст, генетическая предрасположенность, присутствие в пище зобогенных веществ (тиогликозиды, тиоционаты), йодообеспечение региона. Увеличивается число пациентов, получивших временную и стойкую утрату трудоспособности вследствие тиреоидной патологии. Во всём мире в настоящее время растёт заболеваемость раком щитовидной железы. Скорость роста выявляемости этого заболевания – 4% в год. Сегодня данная патология – самое частое злокачественное новообразование эндокринной системы, занимающее в структуре онкологической заболеваемости 2,2%. Распространённым состоянием является гипотиреоз. Манифестный гипотиреоз встречается у 0,2-2% населения, субклинический – 4-10% (у пожилых – 7-26%). Распространённость гипотиреоза составляет от 3 до 16% у мужчин и от 4 до 21% у женщин и увеличивается с возрастом. Столь высокая распространённость определяет медико-социальное значение гипотиреоза. Самой частой причиной данной патологии является аутоиммунный тиреоидит. В целом аутоиммунные заболевания щитовидной железы встречаются у 2-5% населения. Серьёзнейшей проблемой остаётся тиреотоксикоз, приводящий к ухудшению жизненного прогноза и сопровождающийся увеличением смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так, смертность от ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности, аритмий, клапанных пороков и артериальной гипертензии в сочетании с тиреотоксикозом увеличена в 1,2 раза по сравнению с общей популяцией. Причиной этого является развитие изменений в сердечно-сосудистой системе. Среди проявлений «тиреотоксического сердца» можно назвать лёгочную гипертензию, диастолическую дисфункцию, развитие сердечной недостаточности, дилатацию полостей сердца, фибрилляцию предсердий и гипертрофию миокарда левого желудочка. Фибрилляция предсердий, встречающаяся при тиреотоксикозе в 2-25% случаев, часто сохраняется и после того, как тиреотоксикоз устранён. Одним из самых распространённых заболеваний щитовидной железы является диффузный токсический зоб, распространённость которого в популяции – 1-3%, заболеваемость – от 5 до 23 случаев на 100 тыс. населения в год, соотношение мужчин и женщин 1:5 – 1:7. Диффузный токсический зоб в первую очередь опасен нарушениями сердечно-сосудистой системы, связанными с тиреотоксикозом и приводящими к ухудшению прогноза заболевания и утрате трудоспособности.

Выводы: Приведенные данные свидетельствуют о высокой значимости эндокринной патологии – сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы. Таким образом характер распространенности и течения болезни, частота выявленных больных зависят от уровня и качества оказания эндокринологической помощи на местах, своевременного активного выявления больных и осложнений, обеспечения в достаточном количестве препаратами, правильной организации диспансерного наблюдения и лечебных мероприятий.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Тожибоева Ё.Р.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - одна из наиболее распространенных патологий среди лиц, обращающихся к стоматологу, встречается у 35-75% из них, причем число этих больных возрастает.

Исследователи указывают на то, что одной из основных причин возникновения заболевания являются нарушения в зубочелюстной системе. Однако до сих пор нет единой классификации, наиболее полно отражающей нозологические формы синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, что создает определенные трудности в постановке диагноза и составлении плана лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем разработки и внедрения в практику новых методов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач были проанализированы клинические наблюдения 107 человек. В основную группу вошли 55 больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, из них 14 мужчин и 41 женщина в возрасте от 20 до 59 лет. В группу сравнения были включены 28 человек, диагностика и лечение которых проводилась традиционными методами.

Для определения показателей вертикальных движений нижней челюсти в норме с помощью предложенного нами устройства обследована контрольная группа, состоящая из 24 человек (13 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 19 до 25 лет, не предъявляющих жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования. Разработанные с учетом типичных и редко встречающихся симптомов карты обследования и база данных позволили составить полную клиническую картину нозологических форм синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома, систематизировать и документировать в электронном виде полученные данные для последующей обработки.

При обследовании пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявлены встречающиеся в 100% случаев, с учетом которых детально разработаны таблицы дифференциальной диагностики вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома.

Специальными методами исследования установлена сильная корреляционная связь (r~0.98) между амплитудой вертикальных движений нижней челюсти, изменением биоэлектрических потенциалов жевательных мышц и возникновением окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома и вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава. Так, при регистрации вертикальных движений нижней челюсти установлено снижение амплитуды открывания рта (на 23,8±7,1% и 28,6±0,2% сооответственно); при электромиографическом исследовании собственно жевательных и височных мышц - повышение биоэлектрических потенциалов в покое (на 36,7±10,9% и 29,5±7,3% соответственно); снижение при максимальном сжатии (на 7,7±1,4% и 37,2±8,4% соответственно); при жевании (на 9,5±2,3% и 33,2±9,5% при ОАДС ВНЧС и ВД ВНЧС).

Обследование по предложенной схеме и этиопатогенетическое комплексное лечение пациентов основной группы показало, что 89,1% из них спустя 3-6 месяцев были полностью вылечены, у 7,3% возник рецидив заболевания, а у 3,6% лечение не принесло желаемого результата. В группе сравнения же 71,4% больных не предъявляли жалоб, у 17,9% наступил рецидив заболевания, а в 10,7% случаев не наблюдалось положительного результата.

Созданная и внедренная в практику карта обследования пациента с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава, а также сформированная на ее основе база данных, разработанное устройство для регистрации вертикальных движений нижней челюсти и предложенный способ лечения вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава, позволили повысить эффективность диагностики и лечения на 17,7% по сравнению с традиционными методами.

Выводы. На основании общих и специальных методов исследования составлена унифицированная карта обследования, включающая 156 симптомов, из них 34 - редко встречающихся, а также база данных для систематизации полученных данных и хранения их в электронном виде.

Для изучения характера вертикальных движений нижней челюсти при помощи регистрации вертикальных движений нижней челюсти до и после лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава разработано устройство и программа.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ И СТРЕССАХ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Тожибоева Ё.Р.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стресс — неспецифическая реакция организма на сильное физическое или психологическое воздействие, одновременно направленная на адаптацию к этим воздействиям. Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг.

Сила и направление реакций на стресс определяются различными системами организма, но одной из основных является катехоламинергическая, которой отводят важную роль в механизмах его развития.

Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может выражаться не только в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения, а также неотложным состояниям.

Таким образом, перед врачом стоят такие задачи, как обеспечение комфорта и безопасности проводимого вмешательства, которые приобретают особую актуальность при лечении больных с сопутствующей патологией.

Цель исследования. Повышение безопасности стоматологического лечения применением психологических методов коррекции тревожности пациентов перед амбулаторными вмешательствами.

Материалы и методы исследования. В исследованиях, проводимых на клинической базе кафедры обезболивания в стоматологии АГМИ, участвовал 291 пациент (141 мужчина и 150 женщин в возрасте от 18 до 57 лет), испытывавших страх, волнение и напряжение перед стоматологическим приемом в различной степени выраженности. 179 пациентов составили группы исследования и 112 - группы сравнения.

Критерием включения пациентов в группы исследования являлось наличие низкой и средней личностной тревожности и средней и высокой ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) перед стоматологическим приемом и отсутствие сопутствующей общей патологии в стадии декомпенсации.

Критериями исключения из проводимого исследования являлось наличие у пациентов высокой личностной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) и выраженной сопутствующей патологии в стадии декомпенсации.

Результаты исследования. Анализ результатов опроса 1282 стоматологов определил, что 72,3% из них не имеют психологических навыков общения с пациентами. Было определено, что психодиагностикой и определением функционального состояния пациента стоматологи занимаются в 5,8% случаев, а 56% опрошенных не знают, что высокая тревожность может приводить к неотложным состояниям в амбулаторной практике. Обучению психологическим навыкам общения с пациентом нуждаются 99,1% опрошенных специалистов.

Эффективность использования мотивационного интервьюирования для коррекции дистресса доказана у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема) снижением уровня ситуативной тревожности к 5 посещению на 39,64%, у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью - на 27,96%. У пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью показатель ситуативной тревожности снизился к 3-му посещению на 45,43%, а со средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью-на 45,29%. Отмечалась нормализация гемодинамических и катехоламинэргических показателей во всех группах.

Использование разработанного способа мотивационного интервьюирования стоматологических больных в амбулаторной практике у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема), позволяет к 5-му посещению снизить показатель гигиенического индекса PHP у мужчин на 53,57%, а у женщин - на 53,84%; у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью у мужчин на 29,0%, ау женщин - на 34,5%.

Снижение гигиенического индекса PHP у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью отмечено: у мужчин - на 31,57% и у женщин - на 35,29%; у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью у мужчин на 27,4% и у женщин 18,75%.

Использование мотивационного интервьюирования к 5-му посещению повышает приверженность стоматологическому лечению у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема).

Количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,09, а у женщин - 2,42 (в группе сравнения 1,07 и 1,13 соответственно); у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,13, а у

женщин - 2,16 (в группе сравнения 1,07, и 1,13 соответственно).У пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 1,84, а у женщин - 2,02 (в группе сравнения 1,23 и 1,96 соответственно), у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,8, а у женщин - 2,45 (в группе сравнения 1,92 и2,25 соответственно).

Внедрение способов психологической коррекции дистресса в амбулаторную практику возможно разработкой образовательных программ вузовского и послевузовского образования.

Вывод. Полученные данные определяют качество психодиагностики пациентов перед стоматологическими вмешательствами в амбулаторных условиях.

Применение разработанного способа мотивационного интервьирования у пациентов, испытывающих тревожность перед стоматологическим вмешательством, способствует обоснованному выбору тактики общения с пациентом, что приводит к снижению уровня ситуативной тревожности и нормализации гемодинамических показателей.

Применение способа мотивационного интервьюирования в течение 5 посещений позволяет повысить приверженность стоматологическому лечению у пациентов в амбулаторных условиях.

ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Большинство клеток стромы костного мозга (КМ) происходят от мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК). Эти клетки являются важнейшим компонентом костномозговой ниши, обеспечивают жизнедеятельность гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). ММСК, полученные в культуре, способны пролиферировать в течение нескольких пассажей, а также сохраняют способность к дифференцировке во все основные ростки мезенхимных линий.

Также они обладают уникальным антиапоптотическими и антипролиферативными свойствами, которые позволяют им неспецифически подавлять иммунный ответ. ММСК демонстрируют относительно однородный иммунофенотип и оказывают сильный иммуномодулирующий эффект из-за своей активированности.

Цель исследования. Изучить пролиферативный потенциал и культуральные особенности МСК пациентов с ММ в момент диагностики основного заболевания.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 7 пациентов с ММ до начала проведения программной химиотерапии. Медиана возраста составила 55 лет (42–61 г.). Костный мозг получали при процедуре стернальной пункции.

Результаты исследования. Все полученные культуры представлены клетками типичной для МСК морфологии. Адгезированные на поверхности флакона клетки образовывали дискретные клеточные колонии характерной формы, которые при продолжении культивирования сливались и формировали конфлуентный монослой. Подсчет КОЕ-Ф производили на 7 сутки от начала культивирования с использованием инвертированного микроскопа.

Среднее количество КОЕ-Ф в культурах, полученных от пациентов с ММ, составило $2,8 \pm 1,78$ ($n = 7$) КОЕ-Ф на 1×106 выделенных из костного мозга миелокариоцитов, что оказалось в 4,2 раза меньше, чем аналогичный показатель, определенный для миеловзвеси доноров ($11,73 \pm 5,54$, $n = 7$). Выявленные отличия статистически достоверны ($p < 0,05$).

Второй исследованный показатель- время достижения клетками первичного посева (Р0) сливного роста, который косвенно отражает число мезенхимальных стволовых элементов. В случае исследования костного мозга пациентов с ММ культуры клеток достигали стадии сливного роста за $23,5 \pm 6,3$ ($n = 7$) суток, что превышает аналогичный показатель у доноров в среднем на 7,2 суток (для МСК доноров этот период составил $16,3 \pm 2,8$ ($n = 7$) суток).

При определении кариотипа МСК, полученных из костного мозга больных ММ, во всех случаях хромосомных аберраций не выявлено.

Выводы. Таким образом, на момент диагностики основного заболевания установлены количественные и качественные изменения мезенхимальных клеток стромы костного мозга больных с ММ, а именно уменьшение количества КОЕ-Ф и существенное снижение скорости роста культуры.

РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И ПРИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В связи с тем, что изменение макро - и микрореологических свойств крови отмечено при многих гематологических заболеваниях, на сегодняшний день большое значение придается реологическому статусу.

В большинстве случаев нарушения реологии имеют существенное патогенетическое значение. Данные литературы свидетельствуют о значительных изменениях гемореологии при некоторых видах анемий, миеломной болезни, эритремии и других заболеваниях: как гематологических, так и соматических. Известна роль эритроцитов и белков плазмы в изменениях гемореологии.

В то же время мало внимания уделяется влиянию лейкоцитов на изменения вязкости крови и плазмы, микрогемореологии, агрегации эритроцитов, их деформируемости.

Цель исследования. Изучить влияние лейкоцитов на некоторые параметры реологии крови при острой невозмещенной кровопотере у обезьян, доноров, больных миеломной болезнью и эритремией.

Материалы и методы исследования. Материалом настоящего исследования послужили эритроциты выборок, состоящих из 50 пробандов, 41 сибса, 50 матерей и 50 отцов. Всего был обследован 191 человек. Средний возраст пробандов составлял 18 лет, матерей - 41 год, отцов - 45 лет, сибсов -20,3 года. Отбор добровольцев проходил при углубленных медицинских осмотрах на базе областной клинической больницы города Курск при исключении соматопатологии.

Результаты исследования. Установлено влияние лейкоцитов на некоторые показатели реологии крови: скорость образования линейных и крупных агрегатов эритроцитов, их гидродинамическую прочность и прочность самых крупных из них, ригидность эритроцитов у доноров, больных эритремией и миеломной болезнью.

Показано, что острая невозмещенная кровопотеря у обезьян в объеме 6-8% от ОЦК сопровождается максимальными изменениями микрореологического свойства крови на вторые сутки после эксфузии крови - снижением ригидности эритроцитов, деформируемости мононуклеаров и постгеморрагическим эритродиерезом с увеличением строматолиза эритроцитов при повышении гемолитической активности сыворотки крови.

У доноров наблюдались изменения микрореологического свойства крови, обедненной лейкоцитами: дезагрегации эритроцитов (усиление гидродинамической прочности агрегатов, прочности самых крупных из них) и их деформируемости.

Доказано, что плазмаферез у доноров ведет к изменениям показателей реологии крови: ухудшению деформируемости эритроцитов, удлинению времени образования линейных агрегатов и снижению гидродинамической прочности агрегатов эритроцитов. Также после процедуры плазмафереза у доноров наблюдаются отличия в цельной и реконструированной крови (снижение Реаск, увеличение скорости образования двумерных агрегатов, усиление гидродинамической прочности агрегатов эритроцитов и прочности самых крупных из них).

Установлено, что у больных миеломной болезнью время образования линейных агрегатов эритроцитов достоверно ниже, чем у доноров. Процессы дезагрегации эритроцитов также значительно изменены: усилена гидродинамическая прочность агрегатов эритроцитов на 41,3 % и прочность самых крупных из них - на 17,2 %; также у этих больных обнаружены лейкоцит-зависимые изменения агрегационно-дезагрегационного процесса: ускорение скорости образования линейных агрегатов эритроцитов, увеличение гидродинамической прочности агрегатов.

Выводы. При эритремии наблюдались изменения агрегатного состояния крови, связанного с нарушением дезагрегации эритроцитов: повышением гидродинамической прочности агрегатов - на 36,7 %; в реконструированной крови снижается деформируемость эритроцитов, увеличивается скорость образования линейных агрегатов эритроцитов и усиливается прочность самых крупных из них.

Обнаружено, что функциональная активность лейкоцитов у больных миеломной болезнью значительно выше, чем у доноров; при стимуляции продигиозаном у больных миеломной болезнью наблюдалось снижение хемилюминисцентной активности лейкоцитов.

«МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА» ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР)

Факультет повышения квалификации и усовершенствования врачей.
Кафедра неврологии и психиатрии. А.М.Тураходжаев.Э.М.Галимова.
Андижанский государственный медицинский институт

В мировой клинической и исследовательской практике для диагностики ПТСР разработан и используется огромный комплекс специально сконструированных диагностических методик. Основной из них являетс я соответствующий модуль структурированного интервью.

Миссисипская шкала ПТСР (Keane T.M., Caddell, Taylor,1988),которая была разработана для оценки выраженности посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов боевых действий.

В настоящее время она является одним из основных инструментов для измерения ПТСР. Шкала состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается по 5 бальной шкале Ликерта. В дальнейшем был разработан «гражданский вариант» шкалы, который состоит из 39 утверждений.

Оценка результатов производится суммированием баллов, итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия перенесенного человеком травматического опыта.

Содержащиеся в тесте-опроснике пункты входят в 4 категории, три из них соответствуют критериям DSM: - 11 пунктов направлены на определение симптомов вторжения,

11 – избегания и 8 вопросов относятся к критерию физиологической возбудимости.

5 остальных вопросов направлены на выявление чувства вины и суицидальности.

Шкала содержит утверждения отражающие состояние людей, переживших травматическую ситуацию.

Считаем необходимым уточнить понятие травматической ситуации.

Травматическая ситуация – это экстремальные, критические события, ситуации угрожающие физической или психической целостности самого субъекта или лиц ближайшего окружения, обладающие мощным негативным воздействием на психику и требующие от человека экстраординарных усилий по совладению последствий такого воздействия (Тарабрина Н.В.2001).

Эти ситуации могут иметь либо непродолжительный, но чрезвычайно мощный по силе воздействия (продолжительность этих событий от нескольких минут до нескольких часов) характер, либо длительными или регулярно повторяющимися.

«Посстраматические стрессовые расстройства» (ПТСР – PTSD) ,были впервые официально введены в психиатрическую номенклатуру в 1980 году, в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - III Ed. New -York).

В МКБ – 10, ПТСР находятся в разделе «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»-F43.1.

Резко возросшее количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийных бедствий, крупномасштабных аварий и катастроф, локальные войны и связанные с ними события: пленение, взятие в заложники, депортации, вынужденные переселения и др.), противоправные действия (террор, грабежи, разбои, изнасилования),серьезных конфликтов в обществе и микросоциуме, пандемия COVID-19,привело к увеличению распространенности ПТСР среди населения.

Это обусловило повышенный интерес исследователей к этой проблеме (Bell Meisenhelder., 2002; C. L.Franklin et al., 2002; B.C.Frueh et al .,2002; R. Rosner et al .,2003).

Для повышения надежности диагностики ПТСР целесообразно использовать общепризнанные методы стандартизации в психиатрии – оценочные (рейтинговые) шкалы. Которые позволяют решить ряд задач стоящих перед исследователями и клиницистами .

Миссисипская шкала (МШ)- обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом

«Посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей создать «гражданский вариант М*Ш*» который состоит из 39 вопросов/утверждений.

В 1995 г. была представлена гражданская форма МШ (Vreven D.et al.),при этом было показано,что по психометрическим свойствам она обладает достаточной внутренней согласованностью.

Нами,были обследованы представительницы среднего медицинского персонала (все обследованные представительницы женского пола), работавших в АОПНД, во время усиленных мер в связи с COVID-19.

Результаты проведенных исследований показали , что независимости от возраста, стажа работы в условиях психиатрического стационара ,семейного статуса, использованная Миссисипская шкала (МШ) является действующим инструментом для диагностики ранних проявлений ПТСР. Таким образом, вышеуказанное подтверждает актуальность изучения ранней диагностики ПТСР и необходимость широкого применения психометрических тестов (МШ), что окажет существенную помощь при решении конкретных вопросов раннего выявления и диагностики ПТСР, что позволяет рекомендовать ее для повсеместного применения для профилактики, и оказания качественной помощи (медикаментозной/психотерапевтической) контингенту лиц подверженных психотравмирующему воздействию.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР), АДАПТИРОВАННОГО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В Р.УЗБЕКИСТАН

Факультет повышения квалификации и усовершенствования врачей.
Кафедра неврологии и психиатрии. А.М.Тураходжаев.Э.М.Галимова.
Андижанский государственный медицинский институт

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) являются одной из самых актуальных проблем современной психиатрии. Резко возросшее количество жертв чрезвычайных ситуаций (стихийных бедствий, крупномасштабные аварии и катастрофы, локальные войны и связанные с ними события: пленение ,взятие в заложники, депортации, вынужденное переселение (беженцы) и др.),противоправные действия (террор, грабежи, разбои, изнасилование),серьезных конфликтов в обществе и микросоциуме привело к увеличению распространенности посттравматическх стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения и определило повышенный интерес исследователей к этой проблеме. В последние десятилетия наметилась устойчивая тенденция к увеличению распространенности среди населения ПТСР в целом и ПТСР у комбатантов (участники боевых событий) в частности. Особое внимание уделяется широкому распространению суицидального поведения и суицидальных тенденций у лиц имеющих ПТСР.(Более 100тыс.ветеранов Вьетнамской войны покончили жизнь самоубийством).

Подтверждением чего служат следующие данные эпидемиологического анализа ПТСР, которые свидетельствуют о том, что его распространенность колеблется от 1 до 12% среди общей популяции и достигает 30% среди населения, подвергшихся влиянию стихийных бедствий или катастроф .По данным российских исследователе, в 2008г.,в России число лиц страдающих ПТСР составляло – 7 мл. чел.(около 5% населения).В настоящее время ,в связи пандемией COVID-19,последствиями событий в Сирии, в Украине и Нагорном - Карабахе, число лиц страдающих ПТСР имеет тенденцию к значительному росту. Ярким примером, могут служить данные приводимые американскими исследователями, обнаружившими, что в оккупированном Ираном Кувейте, почти каждые четвертый житель страны испытывал симптомы ПТСР в течении 2,5 лет после прекращения войны, причем дети и женщины имели более высокий уровень ПТСР, чем взрослые мужчины. Наибольший эффект военные действия оказали на эмоциональное состояние и поведение подростков – у 44% детей были выявлены признаки ПТСР. Л.А.Пушкарева (2000),по результатам обследования комбатантов Республики Беларусь, сообщает о наличии признаков ПТСР у 62,3% обследованных ветеранов. Таких примеров, приводимых в специальной литературе, огромное количество.Проведенное нами исследование,среди среднего мед.персолнала,психиатрического стационара,в условиях пандемии COVID-19.Определило наличие 48,2% среди обследованных,находящихся в «группе риска»,что является довольно значимым показателем,говорящим о необходимости более пристального внимания к данной социальной категории лиц.

Значительные расхождения в оценке распространенности ПТСР, связано с неоднородностью объектов исследования, использование различных методологических подходов используемых исследователями.

На сегодняшний день насущной проблемой ПТСР ,является адаптация и применение в Р.Узбекистан, признанных в мировом сообществе методов стандартизации в психиатрии, рейтинговых - оценочных шкал(диагностических тестов), которые служат для повышения надежности диагностики и решению многих задач стоящих перед исследователями и практикующими врачами (раннее выявление лиц страдающих ПТСР, адекватная квалификация текущего состояния, классификация вариантов состояний или синдромов, позволяют оценить динамику психических нарушений в связи с проводимой терапией, решить экспертные вопросы, выбрать и спланировать терапию, определить прогностическую значимость, оценить возможный исход.

К числу наиболее часто используемых в мировой практике методик самооценки симптомов ПТСР (наряду со Структурированным клиническим интервью для DSM-III-R (СКИД) и Шкалы клинической диагностики ПТСР (КЭПС), относятся Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (Impact of Event Scale – Revised) и Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций.

Шкала IES-R состоит из 22 пунктов, основанных на самоотчете и выявляет преобладание тенденций избегания (8 пунктов) и вторжения или навязчивого ревоспроизведения травматического события (7 пунктов).

Для всесторонней оценки характера реагирования на травматическое событие в нее включены вопросы для анализа симптомов гипервозбуждения (6 пунктов) – злости и раздражительности; гипертрофированной реакции испуга; трудностей с концентрацией внимания; физиологического возбуждения обусловленного воспоминаниями ,и бессонницы, и еще один вопрос предназначен для выявления - флэшбеков.

Диагностика облигатных проявлений ПТСР осуществляемых на основании указаний МКБ-10 и DSM-III-R., Шкала IES-R , адаптирована нами для использования в Р.Узбекистан, апробирована и успешно используется врачами психиатрами АОПНД. (Адаптированный вариант Шкалы прилагается).

Таким образом, выше указанное подтверждает актуальность изучение ранней диагностики ПТСР и необходимость совершенствования подходов в оказании помощи (психофармакотерапия /психотерапия) в зависимости от преобладающей симптоматики ПТСР. Что может оказать существенный эффект при решении конкретных вопросов в выборе тактики лечения и реабилитации, а также профилактики суицидальных тенденций у данной категории лиц.

Данная методика широко используется в мировой практике психиатрии, мед.психологии и психотерапии.

ВНЕПИШЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Каледа С.П., Турсункулова.Х.О., Комилжонов Ш.Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Эпидемиологические исследования последних лет показали, что по распространенности гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) выходит на лидирующие позиции в ряду других гастроэнтерологических заболеваний. Самое пристальное внимание в настоящее время уделяется внепищеводным симптомам ГЭРБ, которые требуют своевременной диагностики и коррекции.

Цель исследования: Изучения данной проблемы определяется высокой распространенностью ГЭРБ, а также ее медико-социальной значимостью. Последняя обусловлена наличием, как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни пациентов, так и нетипичных клинических проявлений, затрудняющих диагностику и требующих совместной работы врачей разных специальностей.

Основной причиной развития ГЭРБ является анормальный гастроэзофагеальный рефлюкс, приводящий к чрезмерно длительному контакту слизистой оболочки пищевода с регургитированным кислым секретом, в результате которого повреждается неадаптированный к ним многослойный плоский эпителий пищевода, а иногда и подлежащие ткани вплоть до формирования глубоких изъязвлений [16]. В 5-20% случаев забрасываемое в пищевод содержимое имеет щелочную реакцию, что связано с дуоденогастральным рефлюксом [1]. В первом случае повреждающее действие на слизистую пищевода оказывает соляная кислота, во втором случае - панкреатические ферменты (пепсин, трипсин) и желчные кислоты [7]. ГЭРБ возникает только в тех случаях, когда факторы агрессии (соляная кислота, пепсин, трипсин, желчные кислоты) преобладают над факторами защиты слизистой оболочки пищевода 16, 24]. Развитию болезни способствуют вынужденное положение тела с наклоном туловища, избыточная масса тела, курение и злоупотребление алкоголем, прием определенных лекарственных препаратов, снижающих тонус гладких мышц (нитратов, антогонистов кальция, бета-блокаторов, эуфиллина, холинолитиков и др.), а также некоторые заболевания (например, системная склеродермия) и физиологические состояния (беременность).

Клинические проявления ГЭРБ весьма разнообразны и многочисленны. Различают пищеводные и внепищеводные симптомы.

Наиболее характерным пищеводным симптомом ГЭРБ является изжога, которая встречается более чем у 80% больных и возникает вследствие длительного контакта кислого желудочного содержимого со слизистой оболочкой пищевода [12]. Изжога усиливается при погрешностях в диете, приеме алкоголя и газированных напитков, при наклонах туловища вперед или в положении лежа. Другими частыми симптомами служат отрыжка и срыгивание. Еще одним симптомом, встречающимся примерно у 20% больных ГЭРБ, является дисфагия. Она чаще всего носит перемежающийся характер и возникает на ранних стадиях заболевания, как правило, вследствие гипермоторной дискинезии пищевода. Появление стойкой дисфагии с одновременным уменьшением изжоги, может свидетельствовать о формировании стриктуры пищевода [21]. Реже встречаются такие симптомы как одинофагия (болезненное прохождение пищи через пищевод), чувство тяжести, переполнения желудка, вздутие живота, возникающие во время или после приема пищи.

К внепищеводным симптомам ГЭРБ относятся боли в грудной клетке, напоминающие иногда приступы стенокардии, упорный кашель, пароксизмальное ночное апноэ, охриплость. При исследовании больных с типичными стенокардическими болями в грудной клетке приблизительно у 30% из них ангиографически определяют неизмененные коронарные артерии, зато у большей части пациентов (70% всех болей некардиогенного происхождения) находят патологию пищевода и ГЭРБ. Эпизоды гастроэзофагеального рефлюкса способны провоцировать также возникновение различных нарушений сердечного ритма (экстрасистолию, преходящую блокаду ножек пучка Гиса и др.). В результате гастроэзофагеального рефлюкса могут возникать повторные пневмонии и хронический гастрит, рецидивирующие синуситы, фарингиты, ларингиты, разрушение зубов [15]. Нередко ГЭРБ протекает нетипично, что вызывает как трудности в постановке диагноза, так и ошибки в терапии. Большинство из этих больных обращаются к терапевтам или оториноларингологам с жалобами, характерными для хронической кардиальной, бронхопульмональной или оториноларингологической патологии; при этом у них отсутствуют жалобы на изжогу, регургитацию, боли в сердце и др., позволяющие заподозрить ГЭРБ.

Причиной такого рода симптомов считают фаринголарингеальный рефлюкс - гастроэзофагеальный рефлюкс, проникающий проксимально через верхний пищеводный сфинктер [10].

Основным диагностическим методом для выявления ГЭРБ и определения степени тяжести и морфологических изменений в стенке пищевода является эзофагогастродуоденоскопия. С помощью эндоскопии можно получить подтверждение наличия рефлюксного эзофагита и оценить степень его тяжести, провести контроль заживления повреждений слизистой оболочки пищевода. Во время исследования также берут биоптатическую пробу для изучения гистологической картины состояния слизистой и диагностирования пищевода Баррета. При подозрении на опухолевое поражение может быть проведена эндоскопическая ультрасонография, позволяющая оценить состояние подслизистого слоя пищевода и регионарных лимфатических узлов.

Современное лечение ГЭРБ основывается на принципе подавления кислоты: «чем сильнее, тем лучше». Поэтому основным направлением в лечении заболевания является применение антисекреторных препаратов [22, 26]. Среди них известными являются два класса: блокаторы Н2-рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин и роксатидин) и ингибиторы протонного насоса (ИПН) (омепразол, лансопразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол). Принципиальным различием механизма действия этих групп препаратов является воздействие их на разные уровни выработки кислоты: 1-я группа препаратов влияет на выработку соляной кислоты, угнетая стимулирующее влияние гистамина; 2-я группа блокирует конечный этап выработки кислоты - Н+/К+-АТФазу [8, 13]. Из них наибольшим антисекреторным действием обладают ИПП [4, 29]. В настоящее время в зависимости от клинического варианта и степени тяжести ГЭРБ применяются схемы с применением одинарной дозы или двойной стандартной дозы ИПП: омепразол 20-40 мг/сут., пантопразол 40-80 мг/сут., рабепразол 20 мг/сут., лансопразол 30-60 мг/сут., эзомепразол 40 мг/сут (длительность лечения от 4 до 8 недель. При возникновении реци-дивов болезни рекомендуется поддерживающее лечение ИПП «по мере необходимости» или «по требованию» [20, 23, 28]. Блокаторы Н2-рецепторов в стандартных дозах (ранитидин в дозе 150 мг утром и вечером или 300 мг на ночь; фамотидин - по 20 мг утром и вечером) могут быть рекомендованы при непереносимости и недостаточной эффективности ИПП [17].

Клинико-эндоскопический эффект антацидов в отношении системного подхода к лечению ГЭРБ признан малоэффективным в силу коротких временных рамок действия данных препаратов, хотя эти препараты (препаратом выбора является рутацид) остаются в арсенале группы лекарств «по требованию» [6].

Принципиально новым и наиболее эффективным способом коррекции рефлюкс-эзофагита, вызванного забросом в пищевод дуоденального содержимого считают применение урсодезоксихолевой кислоты (по 500 мг в сутки, длительность курса лечения не менее 2 месяцев) [11].

Выводы: Таким образом, несмотря на то, что в настоящее время для лечения ГЭРБ широко применяются антисекреторные препараты, антациды, альгинаты, прокинетики и некоторые другие средства, тем не менее, краеугольным камнем лечения болезни является антисекреторная терапия с помощью ИПП. Коррекция щелочного рефлюкса с помощью прокинетиков и урсодезоксихолевой кислоты также желательна с клинической точки зрения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Турсунова М.А.
Кафедра пропедевтика внутренних болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран, в том числе и России. По данным официальной статистики в 2010 г. ССЗ, как причина смерти, в нашей стране зарегистрированы в 52,0% случаев среди умерших мужчин и 61,5% среди умерших женщин.

Артериальная гипертония (АГ) является одним из основных факторов риска (ФР), определяющих прогноз заболеваемости и смертности населения мире от ССЗ. Заболеваемость АГ во всем мире носит характер пандемии.

Повышение артериального давления (АД) - сильный и независимый фактор риска ССЗ, роль которого превосходит вклад курения, гипергликемии, дислипидемии и ожирения. Этот риск не имеет порога: риск тем больше, чем выше АД, начиная с предгипертонии. По данным Центра профилактической медицины, распространенность АГ в России составляет среди мужчин 39,2%, среди женщин - 41,1%, то есть около 42,5 миллионов человек.

Среднее ежегодное число смертей в мире, связанное с АГ, достигает 7,5 миллионов. Снижение на 5-6 мм только диастолического АД (ДАД) может приводить к уменьшению частоты инсультов на 38%,

ишемической болезни сердца (ИБС) - на 16%, сложных сердечно-сосудистых событий — на 21% и смертности от всех причин - на 12%.

Это обусловливает важность раннего, адекватного и комплексного лечения больных АГ в связи с возрастающими не только медицинскими, но и экономическими последствиями, так как от ССЗ умирают лица трудоспособного возраста.

Цель исследования. Оценить эффективность мер первичной профилактики артериальной гипертонии в снижении относительного риска сердечно-сосудистых заболеваний в организованной популяции работников промышленного предприятия.

Методология и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено клиническое, лабораторное, инструментальное обследование 435 работников железнодорожного цеха металлургического предприятия. Объект исследования - работники, подлежащие периодическому медицинскому осмотру согласно спискам, предоставленным отделом кадров.

Предмет исследования - комплексная методика немедикаментозных профилактических воздействий для организованной популяции. Достоверность полученных . данных подтверждена методами математической статистики.

Результаты исследования. Результаты исследований о ФР позволили развитым странам спланировать и осуществить программы по оздоровлению образа жизни, что привело к снижению сердечно-сосудистой заболеваемости.

В настоящее время под фактором риска понимают признак, предшествующий заболеванию, способствующий его прогрессированию и неблагоприятному исходу, имеющий с ним самостоятельную, устойчивую, вероятностную связь, которая обладает практическим значением, как минимум для его прогнозирования.

Использование концепции факторов риска позволяет прогнозировать вероятность заболевания и смерти как в популяции (популяционный риск), так и для отдельных лиц (индивидуальный риск).

ФР не являются причиной заболевания, но при их наличии, а тем более комбинации, заметно возрастает индивидуальный риск заболевания, не определяя его неизбежность. На популяционном уровне понятие о ФР является скорее эпидемиологическим, так как существует взаимосвязь ФР с большей частотой распространенности и возникновения новых случаев ССЗ в популяции, а борьба с ними может привести к уменьшению заболеваемости и смертности.

Вывод. В настоящее время выявлено большое количество факторов риска ССЗ, из которых выделяют две большие группы: модифицируемые и немодифицируемые. К немодифицируемым относятся такие ФР как пол, возраст, наследственность.

Модифицируемых гораздо больше: избыточная масса тела (ИМТ), нерациональное питание, гиподинамия, курение, алкоголизация, низкий уровень образования, стрессы, артериальная гипертония (АГ), гиперхолестеринемия (ГХС), сахарный диабет (СД) и т.п.

Выделяют факторы, снижающие риск развития ССЗ: регулярная физическая активность, употребление в пищу достаточного количества фруктов и овощей, а так же малых доз алкоголя. Распространенность основных ФР в России достаточно высока: курят 63,2 % взрослых мужчин и 9,7 % женщин, имеют АГ 39,9 % и 41,1 %, гиперхолестеринемию - 56,9 % и 55,0 %, ожирение - 11,8 % и 26,5 % соответственно.

VIRUSLI GEPATIT S KASALLIGINING TURLI YUQISH YO‘LLARI

Tuxtanazarova N.S.
Yuqumli kasalliklar kafedrasi assistenti,
Andijon davlat tibbiyot instituti

Kirish. O‘g‘il bolalarni sunnat (xatna) qilganda, qiz bolalar, qulog’ini teshganda, badanning turli qismlariga igna va tush bo‘yog‘i bilan har xil rasmlar va yozuvlar solganda, sartaroshxonada soch taroshlaganda, soqol-mo‘ylov oldirganda, qosh terganda, qo‘l va oyoq tirnoqlarini pardozlaganda asboblar yaxshi sterillanmagan bo‘lsa, virusli gepatit V va S osongina yuqadi. Demak, gepatit S ham ko‘proq teri va shilliq qavatlarning buzilishi bilan kechadigan barcha jarayonlarda yuqadi.

Izlanish maqsadi. Virusli gepatit S kasalligining yuqish yo‘llarini o‘rganish va uning oldini olish choralarini ko‘rishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Oldimizga qo‘yilgan maqsad va vazifalarga yechim topish uchun Andijon viloyat yuqumli kasalliklar shifoxonasida 2019- 2021 yillarda VGS bilan shikoyat qilib kelgan bemorlardan 75 nafarini tekshiruvdan o‘tkazildi. Tekshiruvdan o‘tkazilgan bemorlarning asosiy qismi ambulator ravishda kuzatuvga olindi.

Tekshirish natijalari tahlili. Tekshiruvimiz davomida kasallikning yuqish yo‘llari quyidagicha bo‘lishini kuzatdik. Yuqish yo‘llari asosan parenteral (qon orqali), yana boshqa biologik suyuqliklarda-spermada, so‘lakda, menstrual qonda ham 96 soatgacha saqlanishi mumkin. Jinsiy yo‘l bilan yuqish foizi kam-5% gacha. So‘lak orqali

yuqishi isbotlanmagan, chunki so‘lakda virus juda kam miqdorda bo‘ladi. Shuning uchun adabiyotlarda bu yo`l bilan yuqmaydi deyilgan. Agar bolalar bemor odamning tish chotkasidan, tirnoq olgichidan, britvasidan, manikyur buyumlaridan foydalansa, kasallanish xavfi bor. Gepatit S bilan kasallangan odamning qo‘lidagi qon yuqi sog‘lom bolaning shikastlangan terisiga tushsa, bu holatda zararlanish bo‘lishi ham mumkin. Ammo o‘sha zahoti terini ishqalamasdan hech narsa surmagan holatda 5 daqiqacha oqar suvga tutib turilsa, teridagi himoya qavatiga shikast yetkazilmasa, zararlanish xavfi kamayadi. Bunda bolaning necha yoshda ekanligini ahamiyati yo‘q.

Bu kasallikning inkubatsion davri uzoq bo‘lgani uchun ko‘pincha belgilarsiz o‘tadi. Hatto 10-15 yilgacha zararlangan inson o‘zini kasallanganidan bexabar yurishi mumkin. Chunki boshqa gepatitlarga xos belgilar bu turida yashirincha, kam ifodalangan holda o‘tadi. Shuning uchun ehtiyot shart tekshirtirish kerak. Bu kasallikni zararlangandan keyin agar virus qonga tushgan bo‘lsa taxminan 2 haftalar o‘tgach, qonda shu virusga qarshi antitelolar paydo bo‘ladi. Shuning uchun har ehtimolga qarshi bolani shu paytlarda qonini IFA metodi bilan tekshirtirish kerak. Tekshirtirganda ham virus nagruzkasini ham aniqlatish zarur. Shuni ham aytib o‘tish kerakki, natija ayrim faktorlar tasirida soxta musbat va soxta manfiy ham chiqishi mumkin. Shuning uchun bu usul 100% ishonchli hisoblanmaydi. Agar natija musbat chiqsa ham bu hali inson kasallandi degani emas, bu faqat virus organizmga tushganligi, zararlanish sodir bo‘lganini ko‘rsatadi xolos. Virus qonga tushgach, agar immunitet kuchli bo‘lsa bir necha oy (taxminan 1 oylar) orasida virus eliminatsiya bo‘lib, organizmni kasallantirmasdan chiqib ketishi ham mumkin. Bunday hollar taxminan 20% hollar bo‘lsa ham uchrab turadi.

Xulosalar. Kasallikni tekshirishda eng ishonchli metod PSR (PZR) usuli bilan qonni tekshirtirish. U aynan qonga tushgan viruslarni aniqlab beradi, unga qarshi immun tanachalari-antitelolarni emas (IFA dan farqi). IFAda antitelolar topiladi, ammo virus allaqachon chiqib ketgan, yo‘q bo‘lishi mumkin, PSR esa ayni virus hozirda bormi yo yo‘qmi ko‘rsatadi.

Gepatit S kasalligi asosan yashirin kechib, so‘ngra jigar sirrozi va jigar saratoni kabi kasalliklar bilan asoratlanishi xavflidir.

Gepatit S kasalligi qon orqali, jinsiy muloqot yo‘li bilan, sterillanmagan xirurgik instrumentlarda qotib qolgan qon yuqi orqali bemordan sog‘lom odamga o‘tadi.

VIRUSLI GEPATIT S NING TURLI YOSHLI AHOLI POPULYASIYASIDA UCHRASHI

Tuxtanazarova N.S.
Yuqumli kasalliklar kafedrasi assistenti,
Andijon davlat tibbiyot instituti

Izlanish dolzarbligi. Butun Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, gepatobiliar tizim kasalliklari keng tarqalgan va oxirgi yillarda ular soni juda tez o‘sib bormoqda.

O‘zbekistonda ham oxirgi 10 yilda surunkali gepatitlar va jigar sirrozi, surunkali xoletsistitlar soni ko‘paygan hamda gepatobiliar tizim kasalliklari nafas tizimi va yurak qon-tomir tizimi kasalliklaridan keyingi uchinchi o‘rinni egallamoqda.

Izlanish maqsadi. Virusli gepatit S ning turli yoshli aholi populyasiyasida uchrash chastotasini o‘rganishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari. Oldimizga qo‘yilgan maqsad va vazifalarga yechim topish uchun Andijon viloyat yuqumli kasalliklar shifoxonasida 2019- 2021 yillarda VGS bilan shikoyat qilib kelgan bemorlardan 75 nafari tekshiruvdan o‘tkazildi. Tekshiruvdan o‘tkazilgan bemorlarning asosiy qismi ambulator ravishda kuzatuvga olindi.

Tekshirish natijalari tahlili. Bemorlarni yosh guruhlari bo‘yicha saralash Virusli gepatit S bilan xastalanish ko‘rsatgichi qaysi yosh guruhlarida ko‘proq kuzatilishini aniqlash maqsadida o‘tkazildi.

Shuni ta’kidlab o‘tish joizki, 25-55 yoshlar orasida 21 (35%) bemorlarda VGS bilan xastalanish kuzatilgan. Bu esa shu yoshdagi bemorlarda mehnatga layoqatsizlikka olib keladi va davlat iqtisodiyotiga katta miqdorda ziyon keltirishi mumkin.

VGS bilan xastalanish darajasi 65 yoshdan katta bemorlarda: 16 (22,9%) ni tashkil qilgan bo‘lsa, 15 (21,5%) ni 56-65 yoshdagi bemorlar 20 nafar(27,4%) ya’ni 12 ta 25 yoshgacha bo`lgan bemorlar tashkil qilgan. Shuni ta’kidlab o‘tish joizki, 25-55 yoshlar orasida 21 (35%) bemorlarda VGS bilan xastalanish kuzatilgan. Bu esa shu yoshdagi bemorlarda mehnatga layoqatsizlikka olib keladi va davlat iqtisodiyotiga katta miqdorda ziyon keltirishi mumkin.

Xulosalar. Hozirgi vaqtga kelib virusli gepatit S boshqa genatitlar orasida o‘zining keng miqyosda tarqalib borayotgani bilan ajralib turadi. Bu esa o‘z navbatida noxush oqibatlar ko‘proq uchrashiga olib keladi. Virusning odam organizmida ko‘payishi immunogenez, kasallikning klinik belgilari kam o‘rganilgani yana bir muammoni keltirib chiqaradi.

Biz o‘z ilmiy tekshiruvlarimizni amalga oshirishda anamnezida virusli gepatitga chalinshgan bemorlarni oldik. Ularni solishtirma tashxisi uchun esa virusli gepatitning boshqa turlariga chalingan turlicha yoshdagi bemorlarning kasallik tarixi varaqalariga murojaat etdik.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ «КУРАШИСТОВ"

Тохтиев Ж.Б., Ерёмушкин М.А. М.Т.Бутабоев
Андижанский государственный медицинский институт

Спорт – это здоровье, которое должно быть у человека с самого рождения. И поэтому нужно прививать привычку заниматься спортом с раннего возраста, внедряя его в процесс физического воспитания детей. Это увеличит сопротивляемость организма к различным заболеваниям, приучит к соблюдению режима, четкому распределению своего личного времени. Кураш – национальный вид спорта, который предоставляет большие возможности для волевого, нравственного, интеллектуального, эстетического воспитания и обеспечивает гармоничное развитие организма, его устойчивость к стрессу.

Возраст от 14 до 18 лет является одним из критических этапов в жизни человека. Практически здоровыми признаны только 24,2% подростков, что свидетельствует о низком уровне их здоровья.

Изучаемый нами возраст спорстменов-курашистов является одним из критических этапов в жизни человека. Высокие физические и психоэмоциональные нагрузки на фоне процессов роста и формирования органов и систем предъявляют повышенные требования к организму юных спортсменов и при определенных обстоятельствах могут привести к ряду нарушений в физическом развитии и состоянии здоровья.

Цель исследования. Дать оценку физического развития и функционального состояния сердечно-сосудистой дыхательной систем у детей и подростков, занимающихся национальными видами спорта.

Материалы и методы. Мы исследовали учащихся мужского пола спортивного колледжа города Андижана в возрасте от 14 до 18 лет .

Сравнительный анализ ФР позволил выявить статистически значимые различия: среди спортсменов - курашистовв 4 раза чаще встречаются подростки со сниженной массой тела, практически отсутствуют юноши с высокой массой тела.

Объективная оценка состояния здоровья детей и подростков, занимающихся курашем, показала, что практически здоровыми признаны 80% от числа всех обследованных юных спортсменов, у 20% выявлены отклонения.

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы мы провели пробу *Мартине-Кушелевского*.

Проба Мартине заключается в том, что у спортсмена-курашиста после 10-минутного отдыха в положении сидя считают пульс каждые 10 с до 3-х кратного получения одинаковых цифр. Далее измеряют АД и ЧД. Все найденные величины являются исходными. Затем обследуемый делает 20 глубоких приседаний, с выбрасыванием рук вперед, за 30 с (под метроном). После приседаний испытуемый садится; первые 10 с 1-й минуты восстановительного периода, считают пульс, а в оставшиеся 50 с, измеряют АД. Сначала 2-й минуты восстановительного периода по 10-секундным отрезкам определяют пульс до 3-х кратного повторения исходных значений. В заключение пробы измеряют АД. Иногда в восстановительном периоде может быть урежения пульса ниже исходных данных(«отрицательная фаза»).

Проба включает 3 нагрузки: 1) 20 приседаний за 30 сек, 2) 15-секундный бег, 3) бег на месте в течение 3 мин в темпе 180 шагов в мин. Первая нагрузка является разминкой, вторая выявляет способность к быстрому усилению кровообращения, а третья выявляет способность организма устойчиво поддерживать усиленное кровообращение на высоком уровне в течение относительно продолжительного времени.

Оценка результатов пробы проводится по данным пульса, АД и длительности восстановительного периода. Оценка результатов пробы проводится по данным пульса, АД и длительности восстановительного периода. Нормотоническая реакция: учащение пульса до 16-20 ударов за 10 с (на 60-80 % от исходного), САД повышается на 10-30 мм.рт.ст (не более 150 % от исходного), ДАД остается постоянным или снижается на 5-10 мм.рт.ст.Были обследованы 60 спортсменов-курашистов.

Выводы. Оценка состояния здоровья юношей, занимающихся спортом кураш показала, что у обследованных спортсменов-курашистов у 80% встречается нормотоническая реакция (учащение пульса до 16-20 ударов за 10 с (на 60-80 % от исходного), САД повышается на 10-30 мм.рт.ст (не более 150 % от исходного), ДАД остается постоянным или снижается на 5-10 мм.рт.ст); и у оставшихся 20% встречается гипертоническая реакция – значительное повышение САД (до 200-220 мм.рт.ст) и ДАД, пульса до 170-180 уд/мин.

Таким образом, сердечно-сосудистая система у 80% обследуемых нами спортсменов, занимающиеся национальным видом спорта кураш, соответствует здоровому организму (нормотоническая реакция), и лишь у 20% выявлены отклонения (гипертоническая реакция).

КАРДИОМИПАТИЯ ТАКОТСУБО: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Усманов Б.Б., Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В последние годы пристальное внимание уделяется выявлению, диагностике и методам лечения редко встречаемых форм кардиомиопатий, в частности, кардиомиопатии такотсубо (КМПТ).

Цель исследования: Выявить и оценить особенности клинических, инструментальных и гемодинамических проявлений заболевания у больных с кардиомиопатией такотсубо.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное клинико-функциональное обследование 8 больных (средний возраст 68,5±3,7 года) с КМПТ, верифицированной ЭКГ и ЭхоКГ методами. Всем больным проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария), ЭхоКГ аппаратом «Sono-Scape» (Китай) на кафедре факультетской терапии АГМИ.

Результаты исследования: Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями являются боль за грудиной (90%), менее частыми симптомы – одышка (20%), отек легких (2%), желудочковые аритмии (10%). Также отмечаются неспецифические симптомы – синкопе, слабость, кашель (5%). Часто провоцирующими факторами являются смерть близкого человека, публичное выступление, волнение, тревога. Другие ситуации встречаются менее часто, но также являются триггерным фактором КМПТ, например, тиреотоксикоз. КМПТ диагностирован у 2 пациентов с элевацией сегмента ST на ЭКГ – это были 60-75 летние женщины в постменопаузальный период. На ЭКГ данный синдром также «мимикрирует» под острый инфаркт миокарда передней стенки с подъемом или без подъема сегмента ST. При поступлении 56 % этих пациентов имели подъем сегмента ST, в то время как 17 % пациентов имели инверсию зубца Т, а 10 % имели зубец Q или изменения зубца R. Примечательно то, что 17 % этих пациентов имели нормальную ЭКГ. В 90% случаях подъем сегмента ST был ассоциирован с удлинением интервала QT и преходящими зубцами Q в антеросептальных отведениях. Однако вначале дифференцировать острый инфаркт миокарда от КМПТ было затруднительно. Тем не менее, изменения на ЭКГ преходящие и в большинстве случаев исчезали в течение первых 2х недель. Мы предполагаем, что отсутствие реципрокных изменений на ЭКГ, отсутствие Q, зубца Т, отношение подъема сегмента ST-в отведениях V 4-6 к подъему в V 1-3>1 могут быть высокоспецифичными для КМПТ. На ЭхоКГ выявляются гипокинез или акинез средних и апикальных сегментов ЛЖ, топически локализованные вне зоны распределения какой-либо одной коронарной артерии. Отмечается также снижение фракции выброса в острой стадии до 40-49 % с последующим повышением до 59-65 %, в среднем, к 20-му дню от начала заболевания. Вторым важным критерием является вовлечение верхушки ПЖ. Данный критерий выявляется примерно у 25% обследованных пациентов.

Выводы: Кардиомиопатия такотсубо остается малоизученным заболеванием. Отмечено, что повышение частоты заболевания наблюдается у женщин в период постменопаузы, на фоне эмоционального стресса, клинически проявляющийся стенокардической болью за грудиной, подъемом сегмента ST. Характерны изменения на ЭКГ и ЭхоКГ. Прогноз благоприятный, выздоровление наступает примерно через 2-4 недели после начала заболевания, однако необходима своевременная диагностика и лечение во избежание развития серьезных осложнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Узбекова Н.Р., Туйчибоев М., Саттаров О., Рахимова С., Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Характер атеросклеротического поражения коронарных артерий (КА) у больных инфарктом миокарда (ИМ) является предметом пристального изучения. Доказана опасность поражения ствола левой коронарной артерии (ЛКА) и многососудистых поражений КА. Однако особенности состояния КА у больных повторным ИМ изучены недостаточно.

Целью исследования явилась сравнительная оценка особенностей атеросклеротического поражения коронарного русла по результатам коронароангиографии (КАГ) у больных с первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы исследования: Обследовано 32 пациента с первичным ИМ (ИМпер.) и 30 пациентов с повторным ИМ (ИМповт.). Группы больных сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям.

Результаты исследования: В обоих группах больных преобладали многососудистые поражения, при этом поражение 3 сосудов и более отмечалось чаще при ИМповт., особенно у мужчин (71,8%). Наличие артериальной гипертонии не влияло на многососудистость поражения КА (75,8%). Наличие сахарного диабета (СД) нивелировало различия КА при первичном и повторном ИМ. В обоих группах реже обнаружено изолированное поражение правой КА, а поражение левой КА у 30% больных ИМперв. и 25% больных ИМповт. В обоих группах преобладало сочетанное поражение обоих КА: у 50% больных ИМперв. и 76% больных ИМповт. за счет более частого поражения правой КА. У больных ИМповт. чаще встречалась окклюзия КА ($p<0,05$), частота стеноза II и III степени значимо не различались ($p>0,05$). У мужчин с ИМповт. кроме поражения правой КА отмечен большой процент стеноза в среднем отделе передней межжелудочковой ветви, среднем и дистальном отделах огибающей ветви левой КА. Диффузное поражение КА чаще выявляли у больных ИМповт.

Выводы. Таким образом, коронарограммы обследованных больных характеризовались преобладанием многососудистых поражений и локализацией стенозов в ветвях обоих КА. Различия КАГ при первичном и повторном ИМ у мужчин более выражены. При ИМповт. характерны более тяжелые поражения правой КА, большая частота окклюзий и диффузных поражений.

РАСТВОРИМЫЙ ФИБРИН-МОНОМЕР У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Узбекова Н.Р., Саттаров О.Х, Туйчибаев М.М., Рахимова С.Р., Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Ишемическая болезнь сердца (ИБС) протекает с периодами обострения и ремиссии. Период обострения ИБС принято обозначать термином «острый коронарный синдром» (ОКС). С клинической точки зрения ОКС – это совокупность клинических и ЭКГ признаков, которые позволяют врачу при первом контакте с больным с острой затяжной ангинальной болью в сердце заподозрить инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию (НС). Клиническая общность указанных синдромов обусловлена единым патологическим субстратом – нестабильная атеросклеротическая бляшка в коронарных артериях (КА) и единый патофизиологический процесс – тромбоз. Первым моментом дестабилизации ИБС является разрыв капсулы атеросклеротической бляшки. Он ведет к активации тромбоцитарного и прокоагулянтного звена гемокоагуляции с образованием в начале неустойчивого тромбоцитарного («белого»), а затем хорошо фиксированного, прочного фибринового («красного») тромба в КА.

Целью исследования явилось определение уровня белка – предшественника тромба у больных ОКС на фоне кардиального болевого синдрома.

Материал и методы исследования: Обследовано 30 больных ИБС ОКС, находившихся на лечении в отделениях экстренной кардиологии Андижанского филиала РНИЦЭМ и клиник Андижанского медицинского института. Среди больных было 22 мужчины и 8 женщин. Возраст больных составил 31-75 лет (в среднем 56,2±3,1 года). Концентрация ТрР в сыворотке крови определена высокоспецифичным твердофазным иммуноферментным методом. Время исследования больных ОКС – 1-6 часов от начала заболевания.

Результаты исследования: У больных ИБС ОКС уровень ТрР в крови по группе составил 7,32±1,41мкг/мл. В целом по группе ОКС содержание ТрР превышало более чем в 7 раз по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,001$) и более чем на 36,5% по сравнению с больными ИБС СС ($p<0,001$). По половому признаку содержание ТрР у больных ОКС было более высоким у мужчин, чем у женщин, составляя 9,13±2,1 и 4,60±1,13 мкг/мл соответственно ($p<0,001$). По возрастному показателю содержание ТрР было более высоким в группе больных старше 60 лет, составляя 9,97±1,94 мкг/мл, что в 3,64 раза выше показателей группы больных в возрасте до 60 лет - 2,77±0,23 мкг/мл ($p<0,001$). В зависимости от наличия сопутствующих заболеваний отмечены следующие особенности. Наличие у больных перенесенного в прошлом инфаркта миокарда (ПИКС), т.е. имеющих в анамнезе эпизоды атеротромбоза, значительно влияло на показатели растворимого фибрин-мономера. Так, у пациентов с ОКС без эпизодов ПИКС ($n=21$) уровень ТрР в крови составил 4,1±1,5 мкг/мл, в то время как у больных ОКС с ПИКС ($n=9$) он составил 11,5±2,6 мкг/мл ($p<0,001$). Сопутствующие болезни в большей степени оказывали патологическое действие. При сочетании ОКС+СД (сахарный диабет) уровень ТрР составил 10,2±3,6 мкг/мл, а при его отсутствии 4,8±1,5 мкг/мл, т.е. отмечено его увеличение в 2,1 раза ($p<0,001$). При наличии признаков ХСН (ХСН IIА и IIБ стадии) уровень ТрР составил 7,2±2,8 мкг/мл, а при его отсутствии – 6,8±2,0 мкг/мл ($p>0,05$).

Выводы: Концентрация ТрР у больных ОКС значительно повышена в первые часы заболевания. На уровень ТрР в крови у больных ОКС могли влиять мужской пол, возраст старше 65 лет, перенесенный инфаркт миокарда и наличие сахарного диабета.

ДОЛГОСРОЧНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Узбекова Н.Р., Рахимова С.Р., Туйчибаев М.М., Саттаров О.Х, Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Методы реваскуляризации миокарда все чаще используются для лечения пациентов ИБС. Ухудшение течения заболевания и развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) связано с изменениями в имплантированных стентах и прогрессированием атеросклероза. Преимущества приема статинов в профилактике ССО доказаны, однако приверженность к терапии остается на низком уровне.

Цель исследования. Изучение приверженности терапии статинами у пациентов со стабильной стенокардией после планового ЧКВ.

Материал и методы исследования: В исследование включены 95 пациентов со стабильной стенокардией, которые принимали статины (розувастатин) не менее 1 месяца до ЧКВ и после в течение 3 лет.

Результаты исслдедования: Через 1 год после ЧКВ пациенты продолжали принимать статины. Эти пациенты были моложе (60 лет против 62 лет), с большей выраженностью периферического атеросклероза (56% против 68%), с более низким уровнем ОХС ($p<0,05$) и ХСЛПНП ($p<0,05$). Через 3 года прием статинов продолжали 66% пациентов, приверженных гиполипидемической терапии. Среди них 8,7% имели целевой уровень ЛПНП, уровень АД (САД на 9,2%, $p=0,00001$; ДАД на 6,4%, $p=0,00005$) и частота пульса (на 5,6%, $p=0,0086$) были ниже. Неблагоприятные исходы возникли у 2,4% больных. Повторная реваскуляризация выполнена у 15% пациентов, нефатальные инфаркт миокарда и инсульт – в 3% и 1,8% случаев. Пациенты к 1 году наблюдения имели меньшую частоту ССО (9% против 16,7%), через 3 года – достоверно меньшее количество смертей от ССО (2,9% против 9,3%, $p=0,018$).

Выводы: Таким образом, приверженность терапии статинами в течение 1 года после ЧКВ достоверно связано с меньшим количеством сердечно-сосудистых осложнений, а через 3 года – летальных исходов от сердечно-сосудистых осложнений. После инвазивного лечения пациенты должны регулярно принимать статины, контролируя дозу и уровень ХСЛПНП для определения приверженности терапии не реже 4 раза в год.

O’PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGIDA RINOSINUSITNING KECHISHI

Ulmasov A.O., Tuxtasinov N.N., Rustamov A.A.
Otorinolaringologiya kafedrasi ,
Andijon davlat tibbiyot instituti,

Dolzarbligi. Yuqori nafas yo'llarining patologiyasi va bronxial astma o'rtasidagi munosabatlar to'g'risida ko'plab xabarlarga qaramay , tibbiy adabiyotda KOAH va rinozinusit kombinatsiyasi nuanslarini yoritish nisbatan yaqinda boshlandi [6].

Juda kam sonli xorijiy nashrlarda KOAH bilan og'rigan bemorlarning 40 dan 88 foizigacha burundan shikoyatlar borligi aniqlandi [2,8].

Shunday qilib, KOAH bo'lgan bemorlarda burun shilliq qavati va paranasal sinuslarning yallig'lanish patologiyasining tarqalishi deyarli o'rganilmagan; KOAH kuchaygan bemorlarda paranasal sinuslarni rentgenologik tekshirish bo'yicha adabiyotlarda ma'lumot yo'q [1,7]. Surunkali rinozinusit va KOAH patogenezi "shafqatsiz" aylana hodisasi - nafas yo'llarining shilliq qavatidagi ketma-ket, bir-biriga chambarchas bog'liq tarkibiy o'zgarishlar zanjiri rivojiga olib borishini hisobga olsak, bu ajablanarli. yallig'lanish, mukosilial transportning buzilishi va nafas yo'llarining mikroflorasi bilan kolonizatsiyasi [3] ...

Shu bilan birga, mukozal mikroflorani parallel ravishda o'rganish bo'yicha nashr etilgan biron bir asar nashr etilmagan.

Shuning uchun yuqori nafas yo'llari va KOAHning kombinatsiyalangan patologiyasi bo'lgan bemorlarni boshqarish bo'yicha ishlab chiqilgan rejimlarning bevosita natijasi ushbu kasalliklarning barcha etiopatogenetik jihatlarini hisobga olgan holda samarali va keng qamrovli davolash usullarini yaratishdir . Yuqorida aytilganlarning barchasi muallif tomonidan tanlangan dissertatsiya mavzusining dolzarbligini ta'kidlaydi [4].

Tadqiqot maqsadi. KOAH bilan og'rigan bemorlarda burun bo'shlig'i patologiyasining tarqalishini o'rganish va burun bo'shlig'i, paranasal sinuslar va KOAH yallig'lanish patologiyasini davolashda integral yondashuvning rolini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ushbu muammoni hal qilish uchun biz rinosinusit va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan birga keladigan 70 nafar bemorni tanladik va tekshirdik .

Tadqiqot natijalari. Burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklarining alomatlari KOAH bilan kasallangan bemorlarning 64,9 foizida mavjud. Ob'ektiv tekshiruv natijalariga ko'ra paranasal sinuslarda surunkali yallig'lanish o'zgarishlar KOAHning kuchayishi bilan 32,9% hollarda aniqlanadi.

KOAH bilan og'rigan bemorlarda balg'am va burun chiqindilarining mikrobial manzarasi deyarli bir xil. KOAH bilan kasallangan bemorlarda surunkali rinozinusitni kuchaytiradigan asosiy qo'zg'atuvchisi (1-guruh) Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae 11,1% (n-94) holatlarda KOAH bilan og'rigan bemorlarda remissiya paytida yoki rinozinusitning yashirin jarayonida (2 va 3 guruhlar) nazal sekretsiyalarda aniqlanadi , bu esa yuqori nafas yo'llarining fursatparast flora bilan kolonizatsiyasini ko'rsatadi. .

KOAH bilan kasallangan bemorlarni kompleks tekshirish natijasida KOAH kuchaygan bemorlarda 64,9% hollarda burun bo'shlig'ining yallig'lanish patologiyasi aniqlanganligi aniqlandi, ya'ni majburiy diagnostika majmuasida otorinolaringologga murojaat qilish zarurati tug'ildi . KOAH bilan og'rigan bemorlarda terapevtik tadbirlarni ko'rsatadi.

KOAH kasalliklarida burun tamponlari va balg'amida deyarli bir xil mikrobial landshaft aniqlandi, bu yuqori va pastki nafas yo'llarining yallig'lanishi o'rtasidagi munosabatni ko'rsatishi mumkin.

Xulosa: 1. KOAH bilan og'rigan bemorlar otorinolaringolog tomonidan tekshirilishi kerak .

2. Oddiy otorinolaringologik tekshiruv bilan bir qatorda ushbu bemorlarga paranasal sinuslarning kompyuter tomografiyasi va balg'amni mikrobiologik tekshirish va burun shilliq qavatidan smear kerak.

3. KOAH 1 va 2 bosqichlari bo'lgan bemorlarda mo"tadil sariq rangdagi surunkali rinozinusitning kuchayishi bilan so'nggi avlodlarning sefalosporinlari etarli dori hisoblanadi .

4. KOAH 3-4 bosqichli komorbidli bemorda mo"tadil va og'ir surunkali rinozinusit kuchayganida , nafas olish ftorxinolonlari etarli dorilar. Antibakterial preparatning ampirik tanlovi preparatning optimal antibakterial spektri, qulay dozalash tartibi, KOAHning qo'llanilishi va bosqichiga asoslangan bo'lishi kerak.

5. KOAH bilan og'rigan bemorlarni otorinolaringolog tomonidan dinamik ravishda kuzatib borish, intranazal glyukokortikosteroidlar bilan davolash va burun bo'shlig'ini doimiy ravishda yuvish burun shilliq qavati va paranasal sinuslarda yallig'lanish jarayonlarining samarali profilaktikasi bo'lib xizmat qiladi.

ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМБОРБИДА ПРИ РИНОСИНУЗИТЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ

Ульмасов Б.Б., Салиохунова Х.О., Мадаминова Н.Е.
Кафедрой оториноларингологии,
Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность. Несмотря на многочисленные сообщения о взаимосвязи патологии верхних дыхательных путей и бронхиальной астмы, освещение нюансов сочетания ХОБЛ и риносинусита в медицинской литературе началось сравнительно недавно [6].

В очень немногих зарубежных публикациях было обнаружено, что от 40 до 88% пациентов с ХОБЛ предъявляют какие-либо жалобы со стороны носа [2,8].

Таким образом, распространенность воспалительной патологии слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух носа у пациентов с ХОБЛ практически не изучена; В литературе отсутствуют сведения о рентгенологическом обследовании придаточных пазух носа у пациентов с обострением ХОБЛ [1,7]. Это удивительно, учитывая, что в основе патогенеза хронического риносинусита и ХОБЛ лежит феномен так называемого «порочного» круга - цепи последовательных, тесно связанных структурных изменений слизистой оболочки дыхательных путей, приводящих к развитию воспаления, нарушения мукоцилиарного транспорта и заселения дыхательных путей микрофлорой [3].

Однако опубликованных работ по параллельному изучению микрофлоры слизистой не опубликовано.

Поэтому прямым результатом разработанных схем ведения пациентов с сочетанной патологией верхних дыхательных путей и ХОБЛ является создание эффективных и комплексных методов лечения, учитывающих все этиопатогенетические аспекты этих заболеваний. Все вышесказанное подчеркивает актуальность выбранной автором темы диссертации [4].

Цель исследования. Изучить распространенность патологии полости носа у пациентов с ХОБЛ и определить роль комплексного подхода в лечении воспалительной патологии полости носа, придаточных пазух носа и ХОБЛ.

Материалы и методы исследования. Для решения этой задачи мы отобрали и обследовали 70 пациентов с сопутствующими заболеваниями риносинусита и хронической обструктивной болезни легких.

Результаты исследования. Симптомы воспалительных заболеваний полости носа и придаточных пазух носа присутствуют у 64,9% пациентов с ХОБЛ. По данным объективного обследования, хронические воспалительные изменения придаточных пазух носа выявляются в 32,9% случаев при обострении ХОБЛ.

Микробный ландшафт мокроты и выделений из носа у пациентов с ХОБЛ практически идентичен. Основным возбудителем обострения хронического риносинусита у больных ХОБЛ (1-я группа)

является Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae в 11,1% (n-94) случаев определяется в назальном секрете у больных ХОБЛ в период ремиссии или при латентном течении риносинусита (2-я и 3-я группы), что свидетельствует о колонизации верхних дыхательных путей условно-патогенной флорой.

В результате комплексного обследования больных ХОБЛ установлено, что воспалительная патология полости носа выявляется в 64,9% случаев у пациентов с обострением ХОБЛ, т. Е. Необходимость консультации оториноларинголога в комплексе обязательной диагностики. показаны лечебные мероприятия у больных ХОБЛ.

Почти идентичный микробный ландшафт был выявлен в мазках из носа и в мокроте у пациентов с ХОБЛ, что может указывать на взаимосвязь между воспалением верхних и нижних дыхательных путей.

Выводы: 1. Больные ХОБЛ должны быть обследованы оториноларингологом .

2. Наряду со стандартным оториноларингологическим обследованием этим пациентам необходима компьютерная томография придаточных пазух носа и микробиологическое исследование мокроты и мазка со слизистой оболочки носа.

3. При обострении хронического риносинусита средней степени желтого цвета у пациентов с ХОБЛ 1 и 2 стадии адекватными препаратами являются цефалоспорины последних поколений.

4. При обострении хронического риносинусита средней и тяжелой степени у пациента с коморбидной ХОБЛ 3-4 стадии адекватными препаратами являются респираторные фторхинолоны. Эмпирический выбор антибактериального препарата должен основываться на оптимальном антибактериальном спектре препарата, удобном режиме дозирования, применении и стадии ХОБЛ.

5. Динамическое наблюдение за больными ХОБЛ со стороны оториноларинголога , лечение интраназальными глюкокортикостероидами и полоскание носовой полости на постоянной основе служат эффективной профилактикой воспалительных процессов в слизистой оболочке носа и придаточных пазухах носа.

RINOSINUSITITNING KLINIKASI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI

Ulmasov A.O., To’xtasinov N.N., Rustamov A.A., Abdumutalipov U.Sh.
Otorinolaringologiya kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Dolzarbligi. Yuqori nafas yo'llarining patologiyasi va bronxial astma o'rtasidagi munosabatlar to'g'risida ko'plab xabarlarga qaramay, tibbiy adabiyotda KOAH va rinozinusit kombinatsiyasining nuanslarini qamrab olish nisbatan yaqinda boshlandi [6].

Shunday qilib, KOAH bilan kasallangan bemorlarda burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning shilliq qavatining yallig'lanish patologiyasining tarqalishi amalda o'rganilmagan; KOAH kuchaygan bemorlarda paranasal sinuslarni rentgen tekshiruvi bo'yicha adabiyotda ma'lumot yo'q [1,7]. Surunkali rinozinusit va KOAH patogenezi "shafqatsiz" aylana hodisasi - nafas yo'llarining shilliq qavatidagi ketma-ket, bir-biriga chambarchas bog'liq tarkibiy o'zgarishlar zanjiri rivojiga olib borishini hisobga olsak, bu ajablanarli. yallig'lanish, mukosilial transportning buzilishi va nafas yo'llarining mikroflorasi bilan kolonizatsiyasi [3].

Shu sababli, yuqori nafas yo'llari va KOAHning birlashgan patologiyasi bo'lgan bemorlar uchun ishlab chiqilgan boshqaruv sxemalarining bevosita natijasi ushbu kasalliklarning barcha etiopatogenetik jihatlarini hisobga olgan holda samarali va keng qamrovli davolash usullarini yaratishdir . Yuqorida aytilganlarning barchasi muallif tomonidan tanlangan dissertatsiya mavzusining dolzarbligini ta'kidlaydi [4].

Tadqiqot maqsadi. KOAH bilan og'rigan bemorlarda burun bo'shlig'i patologiyasining tarqalishini o'rganish va burun bo'shlig'i, paranasal sinuslar va KOAH yallig'lanish patologiyasini davolashda integral yondashuvning rolini aniqlash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ushbu vazifani bajarish uchun biz rinosinusit va surunkali obstruktiv o'pka kasalligi bilan birga kelgan 70 nafar bemorni tanladik va o'rganib chiqdik .

Tadqiqot natijalari: burun bo'shlig'i va paranasal sinuslarning yallig'lanish kasalliklari belgilari KOAH bilan kasallangan bemorlarning 64,9 foizida mavjud. Ob'ektiv tekshiruv natijalariga ko'ra paranasal sinuslarda surunkali yallig'lanish o'zgarishlar KOAHning kuchayishi bilan 32,9% hollarda tashxislanadi.

KOAH kasalliklarida balg'am va burun sekretsiyasining mikrobial manzarasi deyarli bir xil. KOAH bilan kasallangan bemorlarda (1-guruh) surunkali rinozinusitni kuchaytiradigan asosiy qo'zg'atuvchisi Streptococcus pneumoniae (29%). Streptococcus pneumoniae 11,1% (n-94) holatlarda KOAH bilan og'rigan bemorlarda remissiya paytida yoki rinozinusitning yashirin davrida (2 va 3 guruhlar) burun sekretsiyasida aniqlanadi , bu esa yuqori nafas yo'llarining shartli flora bilan kolonizatsiyasini ko'rsatadi.

Atipik mikroflora (Chlamydiapneumonia) 5,3% hollarda burun bo'shlig'idan olingan qirib tashlashda tashxis qo'yilgan va dominant emas.

Surunkali rinozinusitning kuchayishining og'irligi KOAH bosqichi bilan belgilanadi. Ushbu munosabatlar KOAH kasalliklarining III (29%) va IV (38%) bosqichlari bo'lgan bemorlarning birinchi guruhda

o'rtacha rinosinusit bilan og'rigan bemorlarda ikkinchi darajaga nisbatan (III -26%; IV - 23,3%) va uchinchi guruh (III - 21,20%; IV - mos ravishda 15,5%).

Xulosa: KOAH bilan og'rigan bemorlar otorinolaringolog tomonidan tekshirilishi shart . Ushbu bemorlarga standart otorinolaringologik tekshiruv bilan bir qatorda paranasal sinuslarning kompyuter tomografiyasi va burun shilliq qavatidan balg'am va smearni mikrobiologik tekshirish kerak. KOAH 1 va 2 bosqichlarida bemorlarda mo"tadil sarg'ish surunkali rinozinusit kuchaygan taqdirda , so'nggi avlodlarning sefalosporinlari etarli dori hisoblanadi. KOAH 3-4 bosqichli komorbidli bemorda o'rtacha va og'ir surunkali rinozinusitni kuchaytirganda , nafas olish ftorxinolonlari etarli dorilar. Antibakterial preparatning ampirik tanlovi preparatning optimal antibakterial spektri, qulay dozalash rejimi, KOAHning qo'llanilishi va bosqichiga asoslangan bo'lishi kerak.

МЕТОДЫ FESS ПРИ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТАХ

Умаров Р.З.
Центр повышения профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. На сегодняшний день внедрение в практику микрохирургической техники, разработка малоинвазивных способов хирургического вмешательства, функциональной риносинусохирургии определили качественно новый подход к лечению риносинуситов. Накопленный мировой опыт, дальнейшее совершенствование способов диагностики грибкового поражения околоносовых пазух (ОПН) с использованием клинического, эндоскопического, микробиологического, морфологического, иммунологического, радиологического исследования позволяет изучить эпидемиологию заболевания, определить особенности течения, меры профилактики, качественно улучшить методы терапевтического и хирургического лечения различных клинических форм грибкового синусита.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ существующих методов эндоскопического хирургического лечения на основании данных литературы.

Материал и методы. Проведен анализ описания клинических случаев и серии случаев грибкового риносинусита, при которых использовались различные модификации FESS – Functional endoscopic sinonasal surgery (Функциональная эндоскопическая синоназальная хирургия).

Результаты. В исследованиях показано, что по сравнению с радикальной операцией FESS уменьшает симптомы заболевания и улучшает качество жизни пациентов с хроническим риносинуситом (ХРС). Хирургическое лечение оказывается неудачным из-за рецидива воспалительного и полипозного процессов, образования синехий, латерализации средней носовой раковины, послеоперационного стеноза соустья ОНП.

Целью операции при аллергическом грибковом риносинусите является полное удаление всех уплотненных тканей и полипов слизистой оболочки, а также полное удаление межсинусных перегородок с широкой антростомией среднего носового хода. Однако, как и при всех хирургических вмешательствах по поводу воспалительных заболеваний ОПН, следует соблюдать осторожность, чтобы сохранить слизисто-надкостничное покрытие кости в пределах полости.

Хронический инвазивный грибковый синусит обычно требует применения как консервативного радикального открытого подхода, так и полного курса противогрибковой терапии. Операция в этом случае должна включать удаление всех вовлеченных в патологический процесс мягких тканей и костей, которые можно безопасно удалить, но также и соблюдения осторожности во избежание резекции или нарушения целостности твердой мозговой оболочки и надкостница глазницы. Обе структуры являются относительно прочными барьерами для грибковой инфекции, и разрывы в этих структурах могут способствовать выходу грибка за их границы. При развитии гранулематозной формы инвазивного заболевания эндоскопический доступ может быть полезен при дренировании полости, когда пораженная зона не может быть полностью вырезана. Эндоскопический доступ с биопсией очень полезны в диагностике молниеносных форм грибкового риносинусита. Хотя в литературе время от времени появляются сообщения об использовании эндоскопического доступа, с положительными результатами, широкая резекция единым блоком с использованием внутривенных противогрибковых средств и коррекция иммунодефицита остаются золотым стандартом терапии.

Эндоскопический доступ через средний носовой проход является одним из наиболее часто выполняемых при FESS. Носовая полость очищается марлей смоченной лидокаином и адреналином. Крючковидный отросток удаляется при антростомии через средний носовой проход. Производится полное удаление грибковых масс посредством унцинэктомии и достаточно широкой антростомии среднего носового прохода.

«Техника марли» - это простой и быстрый метод удаления грибкового тела в гайморовой пазухе. Это стандартная операция с использованием традиционных инструментов и марлевого тампона. Хирургическая процедура выполняется следующим образом. После выполнения широкой антростомии грибковое тело удаляется при помощи изогнутых эндоскопических клещей и отсоса.

При модифицированной эндоскопической медиальной максилоэктомии головка нижней носовой раковины отрезается однократно с помощью ножниц для носовых раковин до средней антростомы носового

прохода. Это производится для того, чтобы обеспечить достаточную визуализацию пазухи от нижнего прохода. После просеивания сохранившейся нижней носовой раковины до положения задней средней линии, выполняется медиальная максиллэктомия из средней антростомы специальных щипцов.

После удаления грибкового тела носовая раковина перемещается и ушивается в передний отдел слизистой оболочки в исходном положении. Эти доступы выполняются через заднюю часть носослезного канала. В связи с этим трудно получить достаточно хорошую визуализацию грибкового тела, расположенного в области между носослезным каналом и передней стенкой верхнечелюстной пазухи. В таких сложных случаях эндоскопическая модифицированная медиальная максилэктомия является методом выбора.

Заключение. Таким образом FESS является эффективным методом лечения неинвазивного грибкового риносинусита, включая грибковое тело ОНП. Различные модификации операций подразумевают полное удаление грибковых масс. при этом важно провести тщательную ревизию полости, что требует достаточной визуализации пазухи. В методических рекомендациях были рассмотрены наиболее оптимальные доступы, через средний носовой проход, комбинированный доступ через средний и нижний носовые проходы, эндоскопическая медиальная максиллэктомия и эндоскопическая модифицированная медиальная максилэктомия при грибковом поражении верхнечелюстной пазухи. при этом важно понимать возможные риски при использовании данных методик для того чтобы избежать осложнений FESS.

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТАХ

Умаров Р.З.
Центр повышения профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность. В настоящее время отмечается повышенный интерес исследователей к проблеме специфического поражения носа и околоносовых пазух микотической инфекцией. В связи с вероятностью недоступной локализации патологического процесса лабораторное подтверждение неинвазивного грибкового поражения околоносовых пазух бывает затруднено или даже невозможно. Клинические признаки поражения грибковой инфекцией не являются специфичными. Серологические методы диагностики разработаны лишь для немногих форм микозов. В связи с указанными выше причинами, наблюдается частые трудности в диагностике данной группы заболеваний.

Цель исследования. Выделить основные радиологические паттерны МСКТ и МРТ для их дальнейшего внедрения в практику при грибковых риносинуситах.

Материал и методы. Работа проводилась с 2017 года по 2020 годы. За указанный период было проведено обследование и лечение 120 больных с хроническим риносинуситом грибковой этиологии в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст 47,7±1,4 лет). При постановке диагноза придерживались классификации грибковых риносинуситов с внесенными дополнениями комиссией Международного общества микологии человека и животных. В качестве основных методов были использованы:

- МСКТ носа и ОНП в коронарной, аксиальной и сагиттальной проекциях (послойное сканирование при толщине срезов 6 мм, шаг томографирования – 8 мм). При наличии показаний использовалась МСКТ с контрастированием;
- по показаниям МРТ носа и ОНП в коронарной, аксиальной и сагиттальной проекциях.

Результаты. Сравнительный анализ показателя чувствительности КТ и МРТ при различных формах грибковых риносинуситов показал, что при всех формах значение показателя чувствительности КТ было выше в сравнении с показателем МРТ. При этом лишь при инородных телах микотической природы значение показателя чувствительности превысило 90%, которое позволяет признать данный метод диагностики в полной мере достоверным. В остальных случаях несмотря на сравнительно высокую чувствительность, средний показатель все же является недостаточно высоким для того чтобы признать КТ специфическим методом диагностики. В связи с этим можно утверждать, что современные методы визуализации в виде КТ и МРТ хоть и являются достаточно информативными, однако, их можно использовать лишь в совокупности с другими методами исследований.

Анализ снимков и их сравнение с результатами других методов исследования показал, что, несмотря на то, что КТ и МРТ ограничены в плане определения грибковой этиологии поражения ОНП, они в высокой степени эффективны в плане выявления распространения патологического процесса на соседние структуры и повреждение костных структур, что имеет огромное значение при планировании лечения и наблюдении за динамикой.

Основываясь на представленных данных (по средней чувствительности методов визуализации (КТ (82%) и МРТ (54%)) и их информативности в различных аспектах заболевания), можно подбирать наиболее рациональный способ оценки выраженности патологического процесса при грибковом риносинусите в зависимости от его соответствующей клинической формы. Выбор наиболее оптимального способа визуализации позволит усовершенствовать как процесс диагностики патологического процесса, так и тактику лечения.

Заключение. Таким образом, при всех формах грибковых риносинуситов значение показателя чувствительности КТ выше в сравнении с показателем МРТ. В связи с этим можно утверждать, что современные методы визуализации в виде КТ и МРТ хоть и являются достаточно информативными, однако, их можно использовать лишь в совокупности с другими методами исследований.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Умарова М.П., Усмонов Э.Б., Садикходжаев С.Ш., Гуломкодиров М.М., Хамдамов С.У.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Детский церебральный паралич — полиэтиоло-гичное заболевание центральной нервной системы, которое развивается в результате поражения, возникшего во внутриутробном, интранатальном, раннем постнатальном периодах или вследствие аномалии головного мозга.

При этом действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также лежит в основе нарушений когнитивных функций, что необходимо учитывать при обосновании восстановительного лечения и социальной реабилитации больных.

Цель исследования. Установление степени выраженности когнитивных нарушений и их взаимосвязь с двигательными расстройствами у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП.

Материал и методы исследования. Обследовано 112 детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП, у которых были диагностированы диплегическая и гемипаретическая формы ДЦП. Диагностический комплекс включал в себя клинико-неврологические, нейрофизиологические, нейровизуализационные, нейропсихологического тестирования.

Результаты и обсуждение. Среди 112 обследованных детей дошкольнбого возраста, страдающих ДЦП, мужского пола оказалось 60 (53,6 %) пациентов, женского — 52 (48,4 %). Диплегическая форма ДЦП выявлена у 88 (78,6 %) больных, гемипаретическая — у 24 (21,4 %). По степени выраженности двигательных нарушений больные распределялись следующим образом: легкие двигательные нарушения (4 балла) установлены у 18 (16,0 %) детей, умеренные (3 балла) — у 74 (66,1 %), выраженные (2 и < балла) — у 20 (17,9 %). Нарушение памяти диагностировано у 102 (91,1 %) пациентов, память не нарушена у 10 (8,9 %) детей. Речевые нарушения отмечены у 104 (92,9 %) пациентов, не выявлено речевых нарушений у 8 (7,1 %).

У детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП, исследовалась краткосрочная и долгосрочная память. Легкие нарушение краткосрочной памяти у больных с легкими двигательными нарушениями в первой и второй возрастных группах отсутствовали, умеренные в первой возрастной группе отмечены у 1 (16,7 %), выраженные нарушения — у 1 (50,0:); во второй возрастной группе выявлены только умеренные нарушения у 2 (33,1 %) пациентов; в третей возрастной группе отмечены легкие нарушения у 1 (10,0 %) и умеренные — у 1 (16,7 %); в четвертой возрастной группе: легкие нарушения отмечены у 9 (90,0 %), умеренные — у 2 (33,3 %), выраженные — у 1 (50,0 %). У больных с умеренными двигательными нарушениями легкие нарушения краткосрочной памяти в первой возрастной группе отмечены у 4 (15,4 %) пациентов, умеренные — у 13 (31,7 %), выраженные — у 2 (28,6 %); во второй возрастной группе: легкие нарушения — у 3 (11,5 %), умеренные — у 15 (36,6 %), выраженные — у 3 (42,8 %); в третьей возрастной группе: легкие — у 5 (19,3 %), умеренные — у 5 (12,2 %), выраженные — у 1 (14,3 %); в четвертой возрастной группе: легкие — у 14 (53,8 %), умеренные — у 8 (19,5 %), выраженные — у 1 (14,3 %).

У больных с выраженными двигательными нарушениями легкие нарушения краткосрочной памяти в первой и второй возрастных группах отсутствовали; умеренные нарушения в первой и второй возрастных группах было по 2 (20,0 %) пациента, выраженные нарушения в этих группах по 3 (37,5 %) больных; в третьей возрастной группе выявлены: легкие нарушения у 1 (50,0 %) пациента, умеренные — у 2 (20,0 %), выраженные — у 1 (12,5 %): в четвертой возрастной группе диагностированы; легкие нарушения у 1 (50,0 %), умеренные — у 4 (40,0 %), выраженные — у 1 (12,5 %).

Вывод. Таким образом, разнообразие когнитивных и речевых расстройств при ДЦП определяет актуальность дифференцированного подхода к применению средств восстановительного лечения. Факторами, влияющими на эффективность коррекции когнитивных расстройств у больных ДЦП, являются ранняя диагностика, комплексность и адекватность методов коррекции, непрерывное и длительное продолжение работы с ребенком и семьей.

Своевременная комплексная реабилитация когнитивных нарушений при ДЦП позволяет предупредить появление дальнейших отклонений, корригировать уже имеющиеся расстройства, значительно снизить степень инвалидизации и достигнуть максимально возможного для каждого ребенка уровня социальной адаптации.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Умарова М.П., Гуломкодиров М.М., Усмонов Э.Б., Хамдамов С.У., Садикходжаев С.Ш.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Развитие современных технологий в комплексной реабилитации больных с ограниченными возможностями является важнейшей задачей здравоохранения.

Это касается в первую очередь восстановительного лечения детей с различными формами церебрального паралича, так как данное заболевание наиболее часто приводит к инвалидности.

Степень тяжести детского церебрального паралича (ДЦП) зависит от выраженности двигательных нарушений, обусловленных преимущественно аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений

Цель исследования. Научное обоснование эффективности комплексного использования современных технологий реабилитации у детей дошкольного возраста со спастическими формами детского церебрального паралича.

Материалы и методы исследований. В исследовании участвовало 80 детей (42 девочки и 38 мальчиков) со спастическими формами церебрального паралича в возрасте 5-6 лет. Экспериментальную группу составили 40 детей (26 девочек и 14 мальчиков), контрольную также 40 детей (16 девочек и 24 мальчика).

Изучение контингента детей дошкольного возраста с церебральным параличом, проходившего курсы комплексной реабилитации в городском психоневрологическом центре восстановительного лечения выявило, что основную долю (69% в контрольной группе и 62% в экспериментальной) составляет спастическая диплегия.

Комплексное использование современных технологий реабилитации оказало достоверное влияние на улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата детей дошкольного возраста с церебральным параличом по показателям силовой выносливости мышц спины ($p < 0,01$), силовой выносливости мышц брюшного пресса ($p < 0,01$) и опороспособности нижних конечностей ($p < 0,001$) как в контрольной группе, так и в экспериментальной. Динамика функционального состояния опорно-двигательного аппарата детей контрольной и экспериментальной групп не выявила существенных различий в связи с тем, что в обеих группах проводилась одинаковая программа реабилитации, включающая лечебную гимнастику, массаж, механотерапию и функциональное биоуправление. Проведение эрготерапии достоверно улучшает манипулятив-ную функцию рук по всем показателям (схват, рисование, вырезание ножницами, сбор кубиков, бытовые навыки $p < 0,001$), что, в свою очередь, повышает активность в повседневной жизни.

Среди манипулятивных способностей детей с ДЦП, факторный анализ выделил способность, связанную с быстрым и правильным сбором пирамиды из пяти колец, - ввиду важности этого фактора для данного контингента детей, предложенный тест необходимо включать для оценки эффективности манипулятивной функции рук.

Использование эрготерапии в курсе восстановительного лечения детей с ДЦП приводит не только к достоверному улучшению показателей тестирования, но и к изменениям в факторной структуре функциональных и манипулятивных способностей детей, что свидетельствует о процессах дифференциации, происходящих в центральной нервной системе под воздействием представленной программы

Вывод. Разработанная программа комплексного лечения детей с церебральным параличом с включением современных технологий реабилитации рекомендована для использования в профильных реабилитационных центрах и поликлиниках с учетом физиологических особенностей и возможностей детей.

Обучение специалистов в области реабилитации должно включать лечебную гимнастику, механотерапию, дифференцированный массаж, функциональное биоуправление (ФБУ), эрготерапию, позиционирование.

ТЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Умарова М.П., Хамдамов С.У., Садикходжаев С.Ш., Усмонов Э.Б., Гуломкодиров М.М.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении пароксизмальных состояний, до настоящего времени отсутствует единое понимание причин их развития, а значит, существуют и различные подходы в реабилитации больных. В основе пароксизмальных состояний лежит дизрегуляция нейроиммунных и эндокринных взаимоотношений.

Приводимые, в литературе сведения о нарушениях иммунной, нейроме-диаторной систем разрозненны и носят неоднозначный характер.

Недостаточно изучены проблемы патогенеза, диагностики пароксизмальных состояний в подростковом возрасте и не разработаны методы реабилитации данной категории больных.

Цель исследования: На основании выявления особенностей клинического течения, нейропсихофизиологических и иммунологических характеристик пароксизмальных состояний у детей подросткового возраста выделить их клинико-патогенетические варианты и разработать комплексные программы реабилитации данной категории больных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 63 больных с ПС в возрасте 10-20 лет. Из них 27 больных раннего подросткового возраста от 10 до 14 лет и 36 чел. позднего подросткового возраста от 15 до 20 лет.

Результаты исследования. Изучение анамнестических данных у больных подросткового возраста позволило выявить ряд факторов риска, явившихся общими для всех нозологических форм заболеваний с пароксизмальными состояниями (ПС). Среди таких факторов отмечены: патология перинатального периода развития (63,3%), инфекции (43%), наследственная предрасположенность (34,6%), травмы головного мозга (24,7%).

Из провоцирующих факторов, способствующих развитию пароксизмапьных состояний, отмечены такие как: острая стрессовая или хроническая психотравмирующая ситуация (56,2%), тяжелые физические нагрузки (37,5%), нарушения режима сна и питания (29,7%), резкая смена климатических условий в связи с переездами (18,3%), неблагоприятные гелео - и метеофакторы (46,8%), сильный шум (41,3%), яркий свет (36,4%), переохлаждения (27,3%), обострение хронических заболеваний (31,5%).

Проведенное комплексное исследование позволило выявить ряд общих признаков характерных для всех больных ПС эпилептического и неэпилептического генеза. При клинико-неврологическом обследовании отмечено наличие микросимптоматики у больных ЭП в 85,7% случаев, среди больных НЭП в 69% и у лиц с субклиническими пароксизмальными состояниями в 68,4% наблюдений.

В педиатрической практике встречается синдром ложной эпилепсии, в основе которого лежит симуляция родителями наличия у ребенка эпилептических приступов. Мотивации могут быть самыми различными, часто цель составляет желание получения каких-либо социальных льгот. Такие «приступы», как правило, не возникают в присутствии медицинского персонала и резистентны к длительно проводимой противоэпилептической терапии.

Вывод. Таким образом, пароксизмальные расстройства требуют тщательной дифференциальной диагностики, привлечения специалистов различных профилей, прежде всего - неврологов и эпилептологов.

Залогом успешной терапии этих расстройств является определение их точной патогенетической и, по возможности, нозологической принадлежности.

ВТОРИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Урунова Д.М.,[1] Матназарова Г.С.,[2] Уббиниязова К.Т.,[2] Кадирбергенова С.Ж.,[2] Брянцева Е.В.,[2] Адилбаева Г.М.[3]

[1]Центр Республики Повышения Квалификации Медицинских Работников Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан

[2]Кафедра эпидемиологии Ташкентской медицинской академии

[3]Республиканский цент р по борьбе со СПИДом республики Каракалпакстан

По мере прогрессирования иммунодефицита у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается развитие вторичных заболеваний различной этиологии и локализации. Клинические проявления вторичных заболеваний обусловливают картину стадии ВИЧ инфекции. Некоторые возбудители вторичных заболеваний длительно или пожизненно персистируют, и при глубоком иммунном дефиците приводят к затяжному и хроническому течению или генерализации.

Цель исследования: Провести анализ вторичных заболеваний у ВИЧ инфицированных пациентов в Республике Каракалпакстан.

Нами был проведен анализ вторичных заболеваний за 2016-2018 годы у 200 ВИЧ инфицированных пациентов, находившихся на диспансерном учете в Центре по борьбе со СПИДом Республики Каракалпакстан. По полу и возрасту пациенты распределились следующим образом: мужчин 100 (50%), женщин 100 (50**%).** Возраст больных варьировал от 25 до 67 лет.

У 109 пациентов (54,5 %) имела место микст-инфекция, то есть сочетание СПИД-ассоциированных и 120 пациентов (60 %) кроме оппортунистических инфекций имели сопутствующие заболевания.

У 82 (41%) ВИЧ-инфицированных регистрировались различные инфекции верхних дыхательных путей и пневмоцистная пневмония.

Кандидозная инфекция является наиболее часто встречаемым грибковым заболеванием, которая часто проявлялась ввиде орофарингеального кандидоза у 48 (24 %) пациентов и кандидоза пищевода у 3 пациентов при глубоком иммунодефицитном состоянии.

У 41 (20,5 %) больных имелись хронические вирусные гепатиты В или С (преимущественно HCV), а также сочетание вирусных гепатитов В и С.

К вирусу простого герпеса ВПГ восприимчивость населения высокая. У ВИЧ инфицированных пациентов по мере нарастания иммуного дефицита герпетическая инфекция приобретает генерализованное рецидивирующее или хроническое течение. У анализируемых пациентов Herpes simplex virus HSV-1, HSV-2, HHV-3 наблюдались у 31 (15,5 %) пациентов.

ВИЧ-инфекция приводит к развитию туберкулеза, что также усугубляет течение и в существенной мере изменяет его клиническую картину, особенно на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. У обследованных пациентов сохраняется высокий уровень заболеваемости туберкулезом, что составляет 18 % (36), в трети случаев внелегочные формы.

На поздних стадиях ВИЧ инфекции выявлены пациенты с поражением центральной нервной системы: у 3 (1,5 %) больных диагностированы ВИЧ энцефалопатия, токсоплазмоз, поражение центральной нервной системы.

Таким образом, представленный анализ вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции в 3-4-ой стадии показывает сочетание различных возбудителей оппортунистических и сопутствующих заболеваний, что в динамике течения заболевания приводит к неблагополучным исходам.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА

Усманова Э.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение: диагностика стрептококковых инфекций, в частности тонзиллита, должна включать микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Для подтверждения стрептококковой этиологии острого тонзиллита в настоящее время широко используются экспресс-тесты, которые основаны на определении антигенов стрептококка в мазках с поверхности миндалин и задней стенки глотки. В Узбекистане, в рутинной клинической практике методы экспресс-диагностики используются довольно редко. Необходимо отметить, что современные экспресс-тесты, основанные на иммунохроматографическом методе, позволяют получить результат в течение 10 минут, при этом, они обладают высокой специфичностью (95-100%) и чувствительностью (70-95%).

Цель исследования – изучить результативность экспресс метода выявления стрептококкового антигена в ротоглотке у больных с тонзиллитом.

Материалы и методы: проспективное исследование 223 больных с диагнозом острый тонзиллит проводилось с января 2018 года по декабрь 2019 года в клинических базах Ташкентской медицинской академии и Андижанского государственного медицинского института. Клиническое обследование включало сбор анамнеза настоящего заболевания, количество эпизодов ОТ в течение последних 3 лет, анализировались выраженность клинических симптомов, состояние слизистой оболочки полости рта, характер локальных изменений небных миндалин, с учетом выраженности гипертрофии, гиперемии, наличие и характер налета на них, учитывались гематологические показатели: общий анализ крови (уровень гемоглобина, лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ), показатели общего анализа мочи, С-реактивный белок, ЭКГ.

У всех больных в день поступления в стационар проводился забор материала (мазок с поверхности миндалин и задней стенки глотки) для микробиологического и иммунохроматографического исследований с целью идентификации БГСА.

Постановка экспресс-теста для выявления БГСА проводилась согласно инструкции производителя (Экспресс-диагностическая система StreptatestR, DectraPharm, Франция).

Статистическую обработку данных выполняли с применением программы Microsoft Office Excel 7.0, а также при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6,0 с вычислением средних (M) и относительных (P) величин, их среднестатистических ошибок (m), использованием параметрических и непараметрических методов, критерия достоверности t-Стьюдента с последующим определением уровня достоверности различий. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования: распределение по возрасту всех больных с ОТ показало, что среди обследованных больных преобладали больные в возрасте 7 – 14 лет (24,4%) и 19 – 30 лет (42,2%). Их количество достоверно чаще ($p>0,05$) превышало количество больных в возрасте 15 – 18 лет (11,1%), 31-40 лет (10,3%), 41-50 лет (8,1%), 51 лет и старше (3,7%). По литературным данным, тонзиллиты чаще встречаются в детском возрасте, но полученные нами данные вероятно, отражают возрастную структуру больных, лечившихся в данном стационаре. Госпитализация больных проводилась преимущественно в первые 3 дня появления клинических симптомов острого воспаления верхних дыхательных путей (90,7%).

Бактериологическим методом исследования образцов, полученных от 223 больных удалось выделить *Streptococcus pyogenes* у 53 (23,7%) больных, *Staphylococcus aureus* 42 (18,8%) больных, *Staphylococcus aureus+Candida spp* у 27 (12,2%) больных, *Staphylococcus spp* – у 15 (6,7%), *Staphylococcus epidermidis* — у 12 (5,4%) больных, у 74 (33,2%) больных получен отрицательный результат.

Результаты экспресс теста при сравнительном анализе с результатами бактериологического исследования показали, что из 53 больных с БГСА этиологией ОТ, подтвержденной при бактериологическом исследовании стрептотест был положительным в 47 случаях, а у 26-ти больных результат стрептотеста был положительным при отсутствии БГСА по результатам бактериологического исследования.

Таким образом, из 223 (100%) обследованных больных у 79 (35,4%) больных острый тонзиллит был обусловлен БГСА: выделено 53 штаммов *S.pyogenes,* дополнительно у 26 больных положительный Streptotest.

Так, клиническая картина стрептококковых ангин у всех обследованных больных (79/100%) характеризовалась острым началом с повышением температуры тела до 39-40°С, болей в горле, нарастанием интоксикации, таких как ломота, головная боль, слабость, потеря аппетита. Боли в суставах, скованность по утрам наблюдалась у 32-х (40,5%) больных. Основным клиническим признаком у больных являлась боль в горле, которая у 11-ти (14%) больных распространялась на шею, висок, уши. При осмотре у 46 (58,2%) больных отмечалось увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов. У всех (100%) пациентов были типичные изменения в небных миндалинах: рыхлые, отечные, гиперемированные, покрытые гнойным налетом от единичных очагов различной величины (35/44,3%) до полностью покрытых налетом (6 /7,6%), у 38 (48,1%) больных отмечался слизистый налет на фоне яркой гиперемии.

Среднетяжелая форма отмечалась у 56-ти (70,8%) больных, а тяжелая у 23-х (29,2%) больных. При тяжелых формах симптомы интоксикации сопровождались рвотой, головными болями, головокружением, артралгией. Артралгия характеризовалась чаще болями в крупных суставах, утренней скованностью у больных старшего возраста (21/26,6%). У одного больного отмечалась токсическая форма острого тонзиллита.

Анализ наличия осложнений у больных с БГСА положительным тонзиллитом показал, что осложненное течение было связано с неправильным самолечением, краткосрочным приемом антибиотиков, поздним обращением к врачу. Так, из 79 (100%) БГСА положительных больных осложнения выявлены у 23-х (29,1%) больных. Осложнения проявлялись в виде миокардита (4/5,0%), пиелонефрита (8/10,1%), пневмонии (7/8,8%), лимфаденита (3/3,8%) в 1-ом (1,2%) случае у больного с токсической формой ОТ наблюдалось развитие сепсиса.

Гематологические данные характеризовались нейтрофильным лейкоцитозом (63/79,7%), повышением СОЭ (41/52%), С-реактивного белка (14/17,7%). Клинические симптомы купировались после назначения антибактериальной терапии.

Выводы: таким образом, в настоящее время БГСА (*S.pyogenes*) остаётся основным патогеном в развитие острых тонзиллитов. Использование экспресс тестов для определения стрептококкового антигена при тонзиллитах у больных с первых дней болезни, позволяет сократить время диагностики стрептококковой ангины, дифференцированно подходить к терапии, и тем самым снизить развитие осложнений и необоснованное использование антибактериальных препаратов при тонзиллитах не бактериальной этиологии.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ВЫЗВАННОЙ *STREPTOCOCCUS PYOGENES.*

Усманова Э.М.
Андижанский медицинский институт

Актуальность темы: Острый тонзиллит (ОТ) является одним из наиболее распространенных заболеваний среди инфекций верхних отделов дыхательных путей, встречающихся как у детей, так и у взрослых. Диагностика стрептококковых инфекций, в частности тонзиллита, должна включать микробиологическое исследование мазка с поверхности миндалин и/или задней стенки глотки. Микроорганизмы приобретают устойчивость к действию антибиотиков по несколькими причинами. В любой совокупности микроорганизмов, встречается изначально или врожденно устойчивые к антимикробным препаратам.

Цель исследования. Определить чувствительность β-гемолитического стрептококка выделенных из зева у больных с тонзиллитом и изучить антибиотикограммы выделенных штаммов *Streptococcocus pyogenes*.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование 223 больных с диагнозом острый тонзиллит проводилось с января 2018 года по декабрь 2019 года в клинических базах Ташкентской медицинской академии и Андижанского государственного медицинского института. Клиническое

обследование включало сбор анамнеза настоящего заболевания, количество эпизодов ОТ в течение последних 3 лет, использование антибиотиков предыдущих эпизодов заболевания. Также анализировались выраженность клинических симптомов, состояние слизистой оболочки полости рта, характер локальных изменений небных миндалин, с учетом выраженности гипертрофии, гиперемии, наличие и характер налета на них. У всех больных в день поступления в стационар проводился забор материала (мазок с поверхности миндалин и задней стенки глотки) для микробиологического и иммунохроматографического исследований с целью идентификации БГСА.

Материал для микробиологического исследования забирался стерильным ватным тампоном до назначения антибактериальной терапии, а больным, поступившим с уже начатой антибактериальной терапией – забор материала проводили перед получением последующей дозы антибиотика.

Статистическую обработку данных выполняли с применением программы Microsoft Office Excel 7.0, а также при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6,0 с вычислением средних (M) и относительных (P) величин, их среднестатистических ошибок (m), использованием параметрических и непараметрических методов, критерия достоверности t-Стьюдента с последующим определением уровня достоверности различий. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования. Госпитализация больных проводилась преимущественно в первые 3 дня появления клинических симптомов острого воспаления верхних дыхательных путей (90,7%).

Бактериологическим методом исследования образцов, полученных от 223 больных удалось выделить *Streptococcus pyogenes* у 53 (23,7%) больных, *Staphylococcus aureus* 42 (18,8%) больных, *Staphylococcus aureus+Candida spp* у 27 (12,2%) больных, *Staphylococcus spp* – у 15 (6,7%), *Staphylococcus epidermidis* — у 12 (5,4%) больных, у 74 (33,2%) больных получен отрицательный результат.

Однозначно, быстрая идентификация возбудителя позволяет не только сразу назначить соответствующее лечение, снизить риск заражения контактных лиц, но и помогает пациенту быстрее вернуться к обычному образу жизни. Специфичность современных экспресс-тестов для диагностики БГСА фарингита и тонзиллита достигает 95%, что сопоставимо с культуральным микробиологическим исследованием. Ложноположительные результаты экспресс-теста очень редки, что позволяет с уверенностью выбрать тактику лечения при получении положительного результата.

Результаты теста на чувствительность к антибиотикам выделенных от пациентов с ОТ 53-х штаммов БГСА, показали, что сохраняется высокая 100% чувствительность к пенициллину, моксифлоксацину, ванкомицину и линезолиду. В тоже время, в 32/60,4% случаях отмечалась резистентность БГСА к тетрациклину и в 17/32,1% случаях к азитромицину. В настоящее время, выбор антибактериального препарата всегда должен быть основан на сведениях о его эффективности, безопасности и широте спектра действия, режиме дозирования и стоимости. Современные рекомендации по использованию антибиотиков при БГСА тонзиллите включают пенициллин и его аналоги - ампициллин и амоксициллин, цефалоспорины, макролиды и клиндамицин. Препаратами выбора остаются пенициллин и амоксициллин, поскольку являются наиболее эффективными, безопасными и относительно дешевыми. Публикаций о выделении резистентных к пенициллину штаммах БГСА нет.

Заключение. Таким образом, в настоящее время БГСА (*S.pyogenes*) остаётся основным патогеном в развитие острых тонзиллитов. Антибактериальным препаратором выбора для лечения БГСА обусловленных тонзиллитов остаётся пенициллин, а альтернативным антибиотиком являются цефалоспорины, кларитромицин, в качестве резервных антибиотиков моксифлоксацин, ванкомицин и линезолид.

БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИДА АХОЛИ ЎРТАСИДА СЕМИЗЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ИШЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ

Усманова Я.Ғ.
АДТИ Оилавий шифокорларни МО ва ҚТ, ССБ ЖСС Кафедраси

Мавзуни асослаш: Семизлик бу патологик холат бўлиб , моддалар алмашинувининг бузилиши ва тана вазнини шахсий нормадан ортиқча бўлиши билан белгиланади. Семизлик метаболик синдром ривожланишига олиб келадиган патологик холат бўлиб , кўпгина сурункали касалликлар (қандли диабет, юрак қон- томир касалликлари) юзага келишига сабаб бўлади. Семизлик хозирги кунда тиббиётни олдида турган долзарб муаммолардан биридир, чунки мамлакатимизда хам семиз одамларнинг фоизи ортиш мойиллигига эга. Семизлик сурункали касаллик бўлиб болалар ва ўсмирлар ўртасида хам учрамокда. ОПшароитида семизлик ва бунинг оқибатида келиб чиқувчи касалликларни олдини олиш мухим ахамиятга эга.ОП шароитида хар бир мижозни бўй ва вазнни ўлчаш ва тана вазни индексини формула бўйича хисоблаш, келтириб чиқарувчи хавф омилларига қарши курашиш мухим ўрин тутади. Ушбу тадбирларнинг ўта мухимлиги шундаки,ўз вақтида ўтказилган бу тадбирлар семизлик ва унинг оқибати натижасида келиб чиққан ногиронликларни олдини олади.

Мақсад ва вазифалар: 1.ОП шароитида ахолини семизлик ва уни олдини олиш бўйича хабардорлиги даражасини ўрганиш ва сифатини ошириш. 2.ОП врачларини семизлик туфайли юзага

келувчи касалликлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш кўникмалари даражасини ошириш; 3.«Семизлик ва уни олдини олиш» мактабини ташкил килиш; ТВИси 24,9 дан юқори мижозларни режа асосида касаллик ва унинг асоратлари хақида ўқитиш.Материаллар ва текшириш усуллари. Мазкур тадкикот ишлари Андижон шахар 5-ОП сида ўтказилди. Умумий аҳоли сони 48120та. ОПнинг 40-60 ёшдаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 52 та киши олинди. Ажратиб олинган аҳоли гуруҳи ўртасида дастлаб бўй вазн ўлчаниб ТВИси аниқланди, кейин сўровнома орқали жисмоний фаоллик,овқатланиш рациони, зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва турмуш тарзи ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатдики, мазкур ОП ахолиси ўрганилган гурухи ўртасида семизликни(ортиқча вазн) тарқалиши 35та (67,3%) ни ташкил қилди. 35тадан 21таси (60,6%) аёллар, 14таси (39,4% ни) эркаклардан иборат. Семизлик (ортиқча вазн) аниқланганларни аксарият қисми ўз холатлари хақида билмаган. ОП тиббий ходимлари хам касаллик ҳақида етарли маълумотга эга эмас.Киритилган ўзгаришлар: Тузилган команда билан биргаликда ОПда “Семизлик ва уни олдини олиш” мактаби иши йўлга қўйилди ва тиббий ходимларни Семизликга (ортиқча вазн) олиб келадиган патологик холатлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш бўйича ўқув машғулоти ташкил килиниб, 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 холда ташкил килишига йуналтириш ўта мухим. Оилавий шифокор программаси бўйича тиббий ходимларни муаммо бўйича ўқитишни ташкил килиш зарур. Ушбу тадбирларни ўтказишда қайта алоқа ва ўзаро ёрдам принципларига асосланган ҳолда олиб бориш талаб этилади. Йилнинг маълум санасида стандарт ва индикаторларга асосланган ҳолда, мониторинг ўтказиб туриш зарур. Мониторинг натижаларини команда аъзолари билан биргаликда муҳокама килиб бориш ва кейинги тактикани ишлаб чиккан холда ишларни олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИКА ШАРОИТИДА 40 ЁШДАН ЎТГАН АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА –ТАДБИРЛАРИ

Усманова Я.Ғ., Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш., Худойбердиев Ж.М.
Оилавий шифокорларини МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мақсад: Бирламчи тиббий санитария ёрдами муассасаларида 40 ёшдан ўтган аёллар ўртасида остеоартроз касаллигини олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш.

Асослаш: Остеоартроз бўғим касалликлари ичида энг кўп учрайдиган тури ҳисобланади. Ер юзи ахолисини 20% дан кам бўлмаган қисми шу касалликдан азият чекади. Остеоартроз касаллигини рентгенологик белгилари 55 ёшли аҳолини 50%да, 75 ёшдан катталарни 80%да учрайди. Тизза бўғими (гонартроз) остеоартрози кўпроқ аёлларда, тос-сон бўғими (коксартроз)остеоартрози эркакларда ривожланади. Остеоартроз касаллиги хозирги кунда тиббиётнинг олдида турган долзарб муаммолардан биридир. Остеоартроз касаллиги билан касалланиш ортиқча вазнли ва менопауза давридаги аёлларда орасида ўсиб бормоқда. Поликлиника шароитида Остеоартроз касаллиги олдини олишда бир қатор муаммолар мавжуд. Оила шифокорининг вазифаси касаллик келтириб чикарувчи хавф омилларини аниклаш ва бартараф қилиш хақида аёлларни билим савиясини ошириш.

Тешириш Услуби: Бизнинг текширув ишларимиз Қўш-ариқ даха № 42, №47 кўп қаватли уйларда ўтказилди. Текширувимизга 36 нафар 45-50 ёшгача бўлган аёллар жалб қилинди. Текширув усули сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 та пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Қатнашчилар орасида аввал 1-чи анкета сўровномаси ўтказилди. Сўнгра ушбу қатнашчиларга оила шифокори томонидан Остеоартроз касаллигини келтириб чикарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари, профилактика тадбирлари ҳақида маъруза қилинди. Маърузадан сўнг 2-чи анкета сўровномаси ўтказилди. Натижалар:қуйидаги натижаларга эришилди: 1-чи анкета сўровномасида жами 12(33,3%) киши, 2-чи анкета сўровномасида 34(94,4%) киши жавоб берди. Текширувимиз натижаси шуни кўрсатдики, аёллар Остеоартроз касаллиги тўғрисида етарли даражада маълумотга эга эмас. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда ахоли орасида профилактик ишларини яхши олиб борилмаганидир.

Хулосалар: Бирламчи тиббий бўғинда бирламчи – профилактика, патронаж ишларини сифат даражаси паст. Текширувлар натижаси шуни кўрсатиб турибди-ки, аёллар Остеоартроз касаллигини келтириб чиқарувчи хавф омиллари, клиник белгилари, касаллик асоратлари ва профилактикаси хақида етарли маълумотга эга эмас.

Тавсиялар: Ҳар бир ОП шароитида Оила шифокори ва патронаж хамшира томонидан аёллар ўртасида остеоартроз касаллик хақида интерактив усулда маърузалар ўқиши мақсадга

мувофиқдир.Остеоартроз касаллигини эрта аниқлашда аёлларга сўровнома ўтказиш усулидан фойдаланиш яхши натижа беради. Касалликни эрта аниқлаш ва олдини олиш сифатини оширишда команда билан ишлаш орқали яхши натижага эришиш мумкин.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН ЭРКАКЛАРДА ГИПЕРУРИКЕМИЯНИ КАЙД ЭТИЛИШ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ

У.И.Усманова, И.А Мирабдуллаев, У.К. Ахмадалиева
Андижон Давлат тиббиет институти

Гиперурикемияни ўрганишга қизиқиш 2,5 минг йиллик тарихга эга бўлиб, оёқнинг бош бармоқ соҳасида кучли оғриқ синдромининг Гипократ томонидан қайд этилган вақтларига бориб тақалади ва хали хануз янгиқарашлар ҳамда янги кашфиётларга боғлиқ равишда тўлқинсимон характер касб этади. Гиперурикемия - асосида қондаги сийдик кислотаси таркибининг ортиши билан пурин алмашинувининг издан чиқиши, сийдик кислотаси тузларининг, биринчи навбатда, ҳаракат – таянч аппарати тўқималарда ва ички аьзоларда ҳаддан ортиқ тўпланиши, шунингдек деструктив – склеротик ўзгаришлар намоён бўлувчи синдром ётади.

Европа ва АҚШ да гиперурикемияни учраши умумий касалланишнинг 0,3% ни, ревматик касалликлар орасида 5% ни, МДҲ мамлакатларида 7-8% ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда касалликнинг эрта ёш даврларда пайдо бўлаётганлиги, шунингдек, кўп ҳолларда юрак – қон томир тизими ва буйрак фаолиятининг жараёнга қўшилиши синдромнинг ўзига хослигини намоён қилмоқда. Нисбатан ёш даврда касаллик кўпроқ бўғимлар шикасти, тез - тез ва давомли хуружлар кўп тофус ҳамда кучли ривожланган гиперурикемия билан кузатилади.

Мамлакатимизда артериал гипертензия (АГ) тарқалиш кўлами кенглиги (катта ёшдагиларнинг 36% да ташхисланади) ва миокард инфаркти (МИ) ривожланишининг, мия қон айланишининг ўткир бузилиши асосий хавф омили эканлиги сабабли долзарб муаммо саналади. Бунда реал клиник амалиётда ёшга боғлиқ ҳолда ортиб борувчи частотали уйғун патологиянинг урни муҳим. Охирги йилларда қон таркибида сийдик кислотаси (СК) ва АГ патогенезига янги маълумотлар пайдо бўлиши билан боғлиқ тарзда подагранинг мавжуд бўлмаслигида юрак – қон томир патологиясининг ривожланиш таьсири билан боғлиқлиги масаласи муҳокамаларга сабаб бўлмоқда ва сийдик кислотаси (СК) даражасининг ортиши силлиқ мушаклар хамда қон томир эндотелийсига бевосита таьсир кўрсатиши ҳисобига АГ нинг ривожланишига олиб келади, шунингдек, ренин – ангиотензин тизим, оксидатив стресс активациясини стимуллайди ва эндотелий дисфункциясини кучайтиради. Бундан ташқари, гиперурикемиянинг тромбоцит адгезияси ва агрегациясини кучайтиришга, буйрак функцияси издан чиқишига ҳам таьсири йўқ эмас, липид ва углеводлар алмашинуви ҳолатига ҳам салбий таьсир кўсатади. Такидлаш жоизки, фақат гиперурикемиягина эмас, балки физиологик меьёрнинг ортишига бирламчи таьсир этувчи сийдик кислотаси (СК) нинг қондаги даражаси ҳам юрак – қон томир патология сиривожланишининг хавф омили ҳисобланади. Бундай ҳолларда кейинги йилларда подаграга чалинган беморлар учун сийдик кислотаси (СК) нинг қондаги меьёри қайта кўриб чиқилган.

Европа антиревматик жамияти сийдик кислотаси даражасининг>360 мкмоль/л (6 мг/дл) миқдориниг гиперурикемия ҳисобланиши тавсия этади. Мазкур ҳолат подагра ривожланиш хавфининг эркакларда 4 карра, аёлларда 17 карра белгиланган даражадан ортиши кузатилиши тақдимотида намойиш этилган илмий изланиш натижалари билан асосланган. Шундай қилиб, подагра қайд этилган беморларда сийдик кислотасининг қондаги мақсадли даражаси аёллар учун ҳам, эркаклар учун ҳам аниқ белгиланган – 360 мкмол/л. Гиперурикемия АГ ривожланиши (5-7 йил орасида хавфнинг 2-3 марта ортиши) ва буйракларнинг жарохатланиши (сийдик кислотасининг қон зардобидаги миқдори>330 мкмоль/л бўлганда 2 йил давомида хавфнинг 5 марта ортиши) учун шароит яратади.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И., Юсупалиева Г.М.
Кафедра клинической фармакологии
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.

Материалы 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 заболевания 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 киши, 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.

Выводы. 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.

УТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ УПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИНИ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Устабаев Х.Х., Ибрагимова Г.Н, Абдусаматова Ш.А, Атажанова З.А
РШТЁИМ Наманган филиали

Кириш кисми: Беморларда уткир миокард инфаркти ва упкани сурункали обструктив касаллигини бирга келиши куп учрайдиган холат булиб, иккала касалликни хам этиологиясида чекиш асосий уринни эгаллайди. Бу икки касаллик бирга келганда бир-бирини кечишини огирлаштиради, диагностикада хам кийинчиликлар юзага келади. Упкани сурункали обструктив касаллигида юрак етишмовчилиги унг коринча хисобига ривожланади, уткир миокард инфарктида юрак етишмовчилиги чап коринча хисобига юрак етишмовчилиги билан намоён булади.

Максад ва вазифалар: Уткир миокард инфарктини Упкани сурункали обструктив касаллиги билан огриган беморларда кечишини урганиш.

Материал ва текширув усуллари: Текширувга 34 та бемор олинди, 1-гурух: текширув гурухи: 15 та уткир миокард инфаркти Упкани сурункали обструктив касаллиги билан бирга келган беморлар, 2-гурух: солиштириш гурухи: 18 та хамрох касалликларсиз кечувчи уткир миокард инфаркти билан огриган беморлар гурухи. Уткир миокард инфаркти диагнози ва даволаш стандартлар асосида, ЭКГ ва ЭХОКС текширувларга асосланиб куйилди. Упкани сурункали обструктив касаллиги диагнози ва даволаш GOLD 2011 га асосланиб олиб борилди. Текширув гурухидаги 15 та бемордан 14 таси эркаклар булиб хаммаси чекувчилар эканлиги аникланди (кунига 1 пачкадан 3 пачкагача)

Текширув натижалари: 1-гурухдаги беморларни хаммасида яьни 15 тасида асосий касаллик q-тишли миокард инфаркти булиб, ундан 10 тасида яьни 66 % уткир юрак етишмовчилиги killip буйича 2-3 даражалари билан, 8 таси яьни 53.3% хар-хил турдаги аритмиялар билан асоратланди.Асоратлар натижасида 4 та (26.6%) беморда касаллик улим якунланди. 2-гурухдаги 18 та бемордан 14 тасида q-тишли миокард инфаркти булиб, ундан 4 тасида яьни 28.5 % уткир юрак етишмовчилиги killip буйича 1-2 даражалари билан, 3 таси яьни 21.4% хар-хил турдаги аритмиялар билан асоратланди.2-гурухдаги 14 та бемордан 2 тасида (14.2%) касаллик улим билан якунланди.

Хулоса: Уткир миокард инфарктини Упкани сурункали обструктив касаллиги билан огриган беморларда клиникаси огир кечиб юрак етишмовчилиги ва аритмиялар ривожланиш хавфи юкори эканлиги аникланди .

Уткир миокард инфаркти упкани сурункали обструктив касаллиги билан бирга кечганда хамрох касалликларсиз кечган уткир миокард инфарктига нисбатан улим фоизи юкори булиши аникланди.(бизни текширувимизда 2 баробар куп 26.6% ва 14.2%)

СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ – ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Утанов.З.М., Бутабоев.М.Т., Исаков К.К.

Одним из основных условий здорового образа жизни является соблюдение правильного двигательного режима как составная 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 обьёма физической нагрузки с учётом 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 проделывается непосредственно перед началом занятий и направлена на то, чтобы улучшить мозговое кровообращение и подготовить организм к основной стадии. Основная физкультурная пауза проделывается в начале обеденного перерыва и направлена на улучшение кровообращения, легочной вентиляции, а также активизацию неработающих мышц: заключительная – делется в конце учебного дня и направлена на расслабление мышц спины, шеи, верхних конечностей и улучшение кровообращения из нижних конечностях, органах малого таза, увеличение вентиляции лёгких.

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.

КОМПРЕССИОННЫЕ КОРЕШКОВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ДОРСОПАТИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Дорсопатии - группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии.

Деформации тканей, возникающие под влиянием статодинамических нагрузок, оказываются причиной постоянного раздражения болевых рецепторов. Наследственная предрасположенность, микро-травматизация, неправильный двигательный стереотип приводят к дегенерации позвоночного двигательного сегмента.

Нарушение функции позвоночного сегмента проявляется в виде сегментарной нестабильности или сегментарной блокады. В первом случае между позвонками возможен избыточный объем движений, что может способствовать появлению механической боли или даже динамической компрессии нервных структур. В случае сегментарной блокады движения между двумя позвонками отсутствуют.

Цель исследования. Разработать методику интраоперационной диагностики степени морфологических и функциональных нарушений спинного мозга и его корешков при их компрессии различной этиологии с использованием лазерной допплеровской флоуметрии и тепловидения.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 больных, 40 мужчин и 20 женщин в возрасте от 22 до 68 лет, с обострением ПКР L5-S1 и давностью заболевания от 2 до 25 лет.

Результаты исследования. Интраоперационные лазерная допплеровская флоуметрия и тепловидение являются адекватными методиками интраоперационной диагностики, позволяющие уточнить степень поражения спинного мозга и его корешков при их компрессии различной этиологии.

Оптимальным методологическим приемом интраоперационной лазерной допплеровской флоуметрии является поэтапность и поэтажность измерений. Получаемые при этом пространственно-временные градиенты уровня спинального кровотока отражают как степень поражения исследуемых структур, так и полноту их декомпрессии.

Разработанные методики внутреннего и внешнего интраоперационного тепловизионного мониторинга дают разностороннюю информацию для уточнения локализации поражения и функциональной сохранности спинного мозга и его корешков.

Отражением морфологических повреждений травмированного спинного мозга является локальная ишемия в зоне его компрессии, а функциональных нарушений - тепловизионный симптом ампутации в автономной зоне иннервации пораженного сегмента.

Опухоль спинного мозга вызывает разнообразные регионарные изменения спинального кровотока в месте своей локализации. Сглаживание градиентов кровотока по длиннику спинного мозга после удаления опухолей — благоприятной прогностический признак в плане восстановления его функций, стойкие градиенты предвещают сохранение неврологического дефицита.

При удалении грыж межпозвонковых дисков, тепловизионное исследование выявляет специфические температурные «всплески» в автономных зонах иннервации исследуемых корешков, отражающие их реакции на вводный наркоз, выполнение доступа и собственно удаление грыжи. Характер и степень выраженности этих температурных реакций отражают функциональную сохранность компримированного корешка.

Суммарная кривая температур автономных зон иннервации исследуемых корешков позволяет качественно прогнозировать послеоперационное восстановление. Для анатомически и функционально сохранных корешков характерен реактивный тип кривой с яркими температурными реакциями. Температурные реакции анатомически измененных корешков, можно охарактеризовать как регрессивные (или угасающие).

Вывод. Таким образом, современная стратегия терапии у пациентов с компрессионными корешковыми синдромами должна заключаться в подборе лекарственных средств в рамках комплексной программы, включающей использование нейротропных витаминов группы В и НПВП. При этом стоит заметить, что различные комбинации лекарственных средств должны применяться в строгом соответствии с выраженностью ключевых симптомов в разумной комбинации и последовательности.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Боль в спине — одна из актуальных проблем в неврологии — ежегодно регистрируется у 15-25% взрослого населения страны. В возрасте от 30 до 45 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности. При этом только 40% больных обращаются за врачебной помощью.

Известно также, что у трети пациентов впоследствии острая боль переходит в хроническую, которая сохраняется более 12 недель. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии.

Цель исследования. Целью исследования была апробация и модификация методики оценки корешковой задержки (МОКЗ) у больных с ПКР для определения ее диагностической значимости и возможности использования в мониторинге эффективности консервативной и оперативной терапии больных данного профиля.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 больных, 40 мужчин и 20 женщин в возрасте от 22 до 68 лет, с обострением ПКР L5-S1 и давностью заболевания от 2 до 25 лет.

Результаты исследования. Современная интерпретация болевых феноменов в клинической практике далека от совершенства, поэтому их дифференцированная терапия либо не проводится, либо подбирается эмпирически.

В частности, тенденция выделять в хроническом болевом синдроме любого генеза нейропатический компонент противоречит очевидным научным данным: во-первых, боль не может существовать вне нервной системы, а следовательно последняя так или иначе вовлекается в патологический процесс; во-вторых, любой хронический болевой синдром является признаком устойчивых патологических ассоциаций, формирующихся на различных «этажах» ЦНС в рамках маладаптивной нейропластичности; в-третьих, несмотря на глобализацию «болевого облака» при хроническом течении болезни, оно связано с источником боли.

Изучение отдельных нозологических форм, сопровождающихся болевым синдромом, позволяет решать не только насущные клинические задачи, но и фундаментальные медицинские вопросы. С этой точки зрения ПКР являются оптимальной моделью, поскольку в настоящее время их диагностика, а также арсенал используемых методов лечения достаточно хорошо развиты, что позволяет мониторировать не только болевой трафик, но и эффективность его модуляции.

В частности, известно, что подавляющее большинство пациентов с первичной ПКР выздоравливают в течение 3 мес. Данное обстоятельство свидетельствует в пользу преимущественно «воспалительной фазы» корешковой компрессии и объясняет высокую эффективность НПВС или локального введения глюкокортикоидов.

Причем эпидуральное введение глюкокортикоидов обеспечивает их высокую локальную концентрацию и минимизирует системные побочные эффекты. Прогностическими факторами, определяющими благоприятный исход консервативного лечения ПКР, являются: отсутствие стеноза позвоночного канала, хороший эффект от эпидурального введения глюкокортикоидов, положительная нейромидиновая проба при оценке ПКЗ, а также высокая мотивация пациента на участие в двигательной реабилитации.

Вывод. Для эффективного лечения хронической боли в спине нужно стремиться максимально точно локализовать источник болевой импульсации (например, компримированный корешок при ПКР), а также учитывать возможные механизмы обострения компрессионной радикулопатии (повторная травматизация спинномозгового корешка или развитие послеоперационного эпидурального фиброза). Обострение ПКР может в разной степени проявляться как нарушениями проводимости по спинномозговому корешку, так и признаками денервации мышц, иннервируемых данным корешком, в зависимости от типа невронального повреждения. Нельзя не учитывать, что длительная ноцицептивная афферентация вызывает нейропластические изменения, приводящие к периферической и центральной сенситизации.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ В ПРИ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО КОРЕШКОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. В настоящее время широко используются возможности современной инструментальной диагностики (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, контрастной миелографии и др.), позволяющей с высокой точностью определить уровень и причину страдания содержимого позвоночного канала.

В то же время, эти методы дооперационной диагностики не в состоянии разрешить ряд практически важных вопросов, возникающих непосредственно во время оперативных вмешательств. Они касаются, прежде всего, объективной оценки степени анатомических повреждений и функциональных нарушений спинного мозга и его корешков, эффективности проведенной декомпрессии.

Цель исследования. Объективизация влияния нестабильности суставов нижних конечностей на формирование групп гипотоничных мышц-стабилизаторов таза и поясничного отдела позвоночника и, как следствие, болевых синдромов при неспондилогенных поясничных дорсопатиях.

Материалы и методы исследования. Обследовали 40 пациентов в возрасте от 21 года до 45 лет (средний — 33,81±2,87 года) с болевыми синдромами в нижней части спины и наличием гипотонии поперечных и прямых мышц живота, больших ягодичных мышц, мышц, напрягающих широкую фасцию бедра, подколенных мышц, задних большеберцовых мышц. Исключались больные с органической неврологической и острой соматической патологией.

Результаты исследования. Исходные результаты ММТ свидетельствовали о наличии гипотонии следующих мышечных групп:

1. Поперечных и прямых мышц живота — флексия поясницы и стабилизация поясничного лордоза — 36 (90%) больных.

2. Большой ягодичной мышцы — экстензия, наружная ротация бедра, стабилизация крестцово-подвздошного сочленения, напряжение широкой фасции бедра совместно с мышцей, напрягающей широкую фасцию бедра — 36 (90%) больных.

3. Мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра — флексия, абдукция, внутренняя ротация бедра, напряжение широкой фасции бедра совместно с большой ягодичной мышцей, напряжение илиотибиального тракта и латеральная стабилизация коленного сустава — 34 (85%) больных.

4. Подколенной мышцы — ротация большеберцовой кости внутрь относительно бедренной или наружная ротация бедра относительно большеберцовой кости в зависимости от того, какая кость фиксирована, смещение мениска коленного сустава во время флексии, задняя стабилизация колена — 32 (80%) больных.

5. Задней большеберцовой мышцы — инверсия и подошвенная флексия стопы, медиальный стабилизатор лодыжки — 32 (80%) больных.

Фасциальное укорочение имели следующие мышечные группы:

1. Экстензоры поясничного отдела позвоночника — разгибание и ротация позвоночника — 38 (95%) больных.

2. Подвздошно-поясничная мышца — флексия бедра — 36 (90%) больных.

3. Средняя и малая ягодичные мышцы — абдукция и внутренняя ротация бедра — 36 (90%) больных.

4. Приводящие мышцы — приведение бедра к средней линии, содействие в сгибании бедра — 34 (85%) больных.

5. Грушевидная мышца — наружная ротация, абдукция и флексия тазобедренного сустава — 36 (90%) больных.

При проведении функциональных проб у 32 (80%) больных выявлена фиксация крестцово-подвздошных сочленений, у 28 (70%) — снижение свода стопы разной степени выраженности. Практически у всех имелись активные основные и сателлитные миофасциальные триггерные точки в местах прикрепления гипотоничных мышц и в брюшках фасциально укороченных мышц.

Вывод. Для эффективного лечения хронической боли в спине нужно стремиться максимально точно локализовать источник болевой импульсации (например, компримированный корешок при ПКР), а также учитывать возможные механизмы обострения компрессионной радикулопатии (повторная травматизация спинномозгового корешка или развитие послеоперационного эпидурального фиброза).

Обострение ПКР может в разной степени проявляться как нарушениями проводимости по спинномозговому корешку, так и признаками денервации мышц, иннервируемых данным корешком, в зависимости от типа невронального повреждения.

Нельзя не учитывать, что длительная ноцицептивная афферентация вызывает нейропластические изменения, приводящие к периферической и центральной сенситизации.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ

Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К., Мавлянов И.К.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Туберкулез является инфекционным заболеванием. Основной путь распространения туберкулезной инфекции – воздушно-капельный. Наиболее опасной с эпидемической точки зрения формой заболевания является туберкулез легких с бактериовыделением.

В течение года такой больной может инфицировать от 10 до 30 человек и более. Достоверность поставленного диагноза «туберкулез» может быть подтверждена только на основании лабораторных исследований при обнаружении МБТ в диагностическом материале микробиологическими методами.

Метод микроскопического исследования мокроты является обязательным при выявлении больных туберкулезом легких и входит во все схемы обследования пациентов с целью выявления туберкулезной инфекции.

Цель исследования: разработать критерии оценки качества препаратов мокроты для бактериоскопической диагностики туберкулеза.

Предмет исследования: микроскопический метод исследования препаратов мокроты. Объект исследования: мазки мокроты, приготовленные и окрашенные по методу Циля-Нильсена.

Методы исследования: научно-теоретический анализ медицинской литературы по бактериоскопической диагностике туберкулеза; методологическая разработка критериев оценки качества приготовления и окраски мазков мокроты для микроскопии; анализ качества приготовленных и окрашенных мазков мокроты.

Способность микобактерий к кислотоустойчивому окрашиванию позволяет обнаруживать их в мазках из диагностического материала с высокой специфичностью.

Наиболее распространенным методом для выявления кислотоустойчивых микобактерий является метод окраски мазков по Цилю-Нильсену. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые

микобактерии выглядят ярко-красными на синем фоне препарата. Результаты регистрируют с указанием количества обнаруженных кислотоустойчивых микобактерий (КУМ).

Преимущества диагностики туберкулеза легких бактериоскопическим методом: простота, достаточная эффективность, экономическая выгода, быстрота получения результата.

Данный метод позволяет в короткие сроки выявить наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом.

Вывод. Залог эффективности программы по борьбе с туберкулезом – обеспечение высокого качества лабораторных исследований, в частности, качества микроскопических исследований мокроты с целью выявления кислотоустойчивых микроорганизмов.

В ходе исследовательской работы были разработаны:

Алгоритм приготовления и микроскопии мазков, окрашенных методом Циля-Нильсена; Критерии оценки качества приготовленных и окрашенных препаратов мокроты.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К., Батирова Б.Т., Султонови Г.И., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, микробиологии, иммунологии и вирусологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рентгенологическое исследование занимает ведущее место в выявлении и диагностике туберкулеза. С помощью этого метода устанавливают форму и локализацию заболевания, проводят дифференциальную диагностику с другими заболеваниями легких, наблюдают за ходом болезни, что позволяет оценить эффективность лечения.

С помощью рентгенографического, рентгеноскопического методов обследования определяют форму грудной клетки, прозрачность и ширину легочных полей, локализацию и размер теней органов средостения и сердца. Дополнительно при проведении рентгеноскопии определяют подвижность куполов диафрагмы и передних отрезков ребер.

Цель исследования: выявление особенностей рентгенологического исследования при диагностике ТБЛ типичной и нетипичной локализации.

Материал и методы. Проведен анализ 79 пациентов в возрасте 32-44 лет, находившихся на обследовании и лечении в АОФД. Всем пациентам проводилась рентгенография органов грудной клетки, линейная томография легких на рентгеновском диагностическом аппарате «Диаком». Компьютерная томография проводилась на базе ГУЗ ОКБ на аппарате Optima CT 660.

Результаты. При уточнении локализации ТБЛ оказалось, что типичное расположение в S1,2,6 наблюдалось в 71 случае (89,9%). Среди ТВС легких нетипичной локализации наиболее часто отмечалось расположение в S8,9,10 – в 3 случаях (3,8%). С одинаковой частотой ТБЛ локализовался в Sax – в 2 случаях (2,5%) и S4,5 – в 2 случаях (2,5%). В 1 случае (1,2%) патологический процесс располагался в дополнительной доле v. azygos.

При уточнении формы ТБЛ нетипичного расположения чаще всего встречался инфильтративный туберкулез - в 5 случаях из 8 (62,5%). Наиболее часто данная форма ТВС легких локализовалась в Sax – 2 случая (40%), с одинаковой частотой в дополнительной доле v. azygos – 1 случай (20%), в S4,5 – 1 случай (20%), в S8,9,10 – 1 случай (20%). Очаговый туберкулез встречается реже – в 2 случаях из 8 (25%). С одинаковой частотой данная форма ТБЛ локализовалась в S4,5 – 1 случай (50%) и в S8,9,10 – 1 случай (50%). При ТБЛ нетипичного расположения туберкулема встретилась реже всего – 1 случай из 8 (12,5%) – с локализацией в S8,9,10 – 1 случай (100%) (Рис. 1). При установлении формы ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 были выявлены: 28 случаев инфильтративного туберкулеза (40%), 12 случаев очагового туберкулеза (17%), 1 случай туберкулемы (1%) (Рис. 2), 30 случаев других форм туберкулеза (42%).

Оказалось, что общая рентгеносемиотика при нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от типичной.

При анализе историй болезни пациентов с ТВС легких нетипичной локализации длительность лечения чаще всего составляла более 24 месяцев – 7 случаев из 8 (87,5%). Реже длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 1 случай из 8 (12,5%). Для пациентов с ТБЛ типичной локализации в S1,2,6 чаще всего длительность лечения составляла менее 24 месяцев – 45 случаев из 71 (63%). В 26 случае из 71 (37%) наблюдался переход в другие формы туберкулеза.

Выводы: При выявлении ТБЛ нетипичной локализации необходимо использование комплексного рентгенологического исследования. Комплексное рентгенологическое исследование является высокоинформативным методом, позволяющим уточнить локализацию ТБЛ, позволяет оценить протяженность, форму и фазу заболевания в соответствии с принятой классификацией.

Нетипичная локализация ТБЛ вызывает трудности дифференциальной диагностики. Наиболее часто при нетипичном расположении встречалась инфильтративная форма ТБЛ. Общая рентгеносемиотика при

нетипичной локализации ТБЛ без существенной разницы показателей не отличалась от признаков ТБЛ типичного расположения. Выявление ТБЛ нетипичной локализации влияет на длительность лечения, которое при этом более продолжительно и составляет чаще более 24 месяцев.

ПЕРФТОРУГЛЕРОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамдамов Бахтиёр Зарифович[1]., Газиев Карим Умарович[2]., Деҳқонов Азиз Ташпулатович[3]., Хамдамов Алишер Бахтиёрович[4].

Бухарский государственный медицинский институт., Бухарский областной многопрофильный медицинский центр.

DSc, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии. 2. PhD, доцент кафедры кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии. 3. Врач ординатор отделения гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного центра. 4. Студент 6-курса лечебного факультета.

Актуальность. Развитие гнойно-некротического процесса на фоне сахарного диабета, зачастую сопровождаются критической ишемией нижней конечности (КИНК), что в свою очередь приводить к неблагоприятному исходу заболевания.

С развитием науки и техники при лечении гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) в патогенезе которого лежит местная гипоксия тканей на фоне критической ишемии начали использоваться комбинированные методы лечения с применением препаратов группы перфторуглеродов (Перфторан). Хотя имеются многочисленные информации о положительных результатах применения перфторуглеродов при окклюзионных поражениях артерий нижних конечностей сопровождающихся критической ишемией, однако следует отметить, что мало сообщений о применении перфторуглеродов в лечении синдрома диабетической стопы (СДС) с КИНК. При этом нет исследований направленных на изучение течения раневого процесса с использованием перфторуглеродов. Решение выше упомянутых задач является актуальной и приоритетной проблемой современной медицины.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: Проанализированы результаты обследования и лечения 44 больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей при сахарном диабете. Из них 25(56,8%) мужчин и 19(43,2%) женщин. Возраст больных колебался от 32 до 85 лет. В зависимости от методов лечения пациенты были разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 20(45,4%) больных, которым проводились комплекс традиционных лечебных мероприятий с применением антибактериальной терапии, антикоагулянтов, препаратов улучшающих реологию крови, ангиопротекторы и местное лечение. Основную группу составили 24(54,6%) больных которым помимо традиционных мероприятий, проводилась длительная внутриартериальная катетерная терапии (ДВАКТ) с оксигенированным перфтораном, который представляет собой субмикронную эмульсию с газотранспортными свойствами, содержащую 10 об.% перфторорганических соединений (ПФОС).

Оценка течения раневого процесса, проводилось путём определения pH раневой среды, процента уменьшения площади раневой поверхности, вычитывания прогностический коэффициента (ПК) по М.Ф. Мазурику и определения уменьшения площади раневой поверхности.

Оценка эффективности кислородного насыщения тканей производилось определением PO_2 ткани раны с помощью транскутанного оксигемометра TCM 2 производства Дании. Датчик прибора устанавливали в пограничной зоне между визуально определяемыми здоровыми и патологически измененными мягкими тканями. Нормальными показателями являлись величины 45,5 ± 0,50 мм.рт.ст.

Результаты и их обсуждение: Результаты исследований показали, что у больных контрольной группы в день поступления исходный уровень pH раневой среды был достоверно более низким (ацидоз) и составил 4,5±0,5. Содержание белка в экссудате раны было равно 54,5±1,5 г/л, прогностический коэффициент (ПК) при этом составлял 1,1; PO_2 – 9,5± 0.2 мм рт.ст. На фоне проводимой традиционной терапии к 3 суткам pH раневой составил 4,9±0,4, процент уменьшения площади раны за сутки составил 2,5± 0,5%. Содержание белка в экссудате раны было равно 56,5± 2,1г/л. ПК по М.Ф.Мазурику составило- 1,2; PO_2 -15,5± 0,2 мм рт. ст. При традиционном методе лечения к 7-9 суткам лечения pH раневой среды имел тенденцию к сдвигу в нейтральную сторону, достигая 5,5± 0,4: процент уменьшения площади раневой поверхности увеличился до 4,5± 0,5%; ПК по М.Ф. Мазурику в этот срок возрос до 1,3; PO_2 достигал до 20,5±0,12мм.рт.ст. К 10 суткам при увеличении общего белка крови до 77,1±4,2 г/л содержание белка в экссудате раны уменьшилось до 45,1±1,5 г/л, ПК по М.Ф.Мазурику был равен 1,60, pH раневой среды при этом составил 6,4±0,5; PO_2 раны- 20,5±0,2 мм рт. ст. Лишь к 12-14 суткам лечения pH раневой среды становился нейтральным. Процент уменьшения раневой поверхности за сутки был равен 5,5± 0,3%. К этому сроку прекратились выделения экссудата из раны, что совпадало с переходом раневого процесса от II к III фазе, хотя PO_2 тканей раны все же находилось ниже нормальных величин и составляло 25,5± 0,5 мм рт.ст.

Изучении показателей скорости заживления ран у больных основной группы выявило, что показатели pH раневой среды в день поступления, как и у больных контрольной группы, были невысокими и составили 4,5±0,3.

Содержания белка экссудата раны в день поступления было равно 59,1±2,4г/л, прогностический коэффициент (ПК) при этом составил в среднем 1,04; PO_2 тканей раны составила 8,6±0,6 мм рт.ст.

После начала длительной внутриартериальной перфузии перфторана отмечалось стремительное улучшение показателей насыщения кислородом тканей, которое возросло до 25,5± 2,0 мм.рт.ст. На фоне комплексного лечения с применением перфузий перфторана к 3 суткам pH раневой среды повысился до 5,5±0,5, при измерении площади раневой поверхности выявлено суточное уменьшение ее на 4,5±0,2% содержание белка в экссудате раны при этом уменьшилась до 53,2±1,4 г/л . Пересчет ПК выявил рост этого коэффициента до 1,30, PO_2 увеличилось до 40,5± 1,4 мм.рт.ст.

Дальнейшее диагностическое изучение этих показателей к 7 суткам лечения показало, что pH раневой среды было на уровне нейтральной среды (7,0±0,2) . Суточный процент уменьщения площади раневой поверхности был равен 7,5±0,5% . Белок экссудата раны снизился до 47,4 ± 1,1 г/л .При этом ПК по МФ Мазурику было равно 1,56. Следует отметить, что на 5 сутки лечения наблюдалось восстановление напряжения кислорода в тканях раны, которая составляла 34,5±2,5мм.рт.ст. К 9 суткам лечения pH раневой среды достиг 7,2±0,2, процент суточного уменьшения площади раны возрос до 10,5± 0,5% . Белок экссудата раны не определялся, так как у больных в этот период выделений из раны прекращались.

Таким образом, если у больных контрольной группы pH раневой среды восстанавливался к 12-14 суткам лечения, то у больных основной группы такая среда и восстановление PO_2 тканей раны наблюдалось к 7-9 суткам. Соответствующие динамические различия выявились и по показателям прогностического коэффициента. Опережение суточного процента уменьшения площади раны на 3-5 суток у больных основной группы так же указывало на ускорение регенеративных процессов у больных, которым в комплекс лечения была включена ДВАКТ с введением перфторана.

Анализ результатов комплексного лечения показал, что у 35,0% больным контрольной группы не удалось купировать патологический процесс с признаками КИНК которое впоследствии закончились выполнениями по жизненным показаниям высоких ампутаций на уровне голени и бедра. Применении в комплексном лечении ДВАКТ с перфтораном у больных основной группы привело к резкому уменьшению количества случаев прогрессирования патологического процесса, что наблюдалось лишь у 2 (8,3%) пациентов которым была выполнена высокая ампутация нижней конечности.

Выводы: 1. Комплекс традиционных, рутинных методов лечения гнойно-некротических поражениями нижних конечностей при сахарном диабете при критической ишемии не приводить к желаемому результату и в 35% случаях заканчивается выполнением высоких ампутаций на уровне голени и бедра. 2. Применение в комплексном лечении длительной внутриартериальной катеторной терапии с использованием перфторуглеродов сопровождается резким уменьшением количества случаев прогрессирования патологического процесса, что наблюдалось лишь у 2 (8,3%) пациентов.

ПРЕПАРАТ АЛЕЗИН В ТЕРАПИИ ОСТЕОФОЛЛИКУЛИТОВ

Хамидов Ф.Ш., Турсунбоева М.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить клиническую эффективность мази «Алезин» у больных остеофолликулитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 60 (34 мужчин и 26 женщин) пациентов в возрасте от 18 до 42 лет, у которых было диагностировано остеофолликулит. Очаги поражения локализовались почти у всех волосистой части головы.

Все больные местно получали мазь «Алезин». Состав мази Алезин входят: вода, жидкий парафин, цинка оксид, ланолин, гель алое, изолан PDI, пропиленгликоль, пчелиный воск, пантенол, бензилбензоат, магния сульфат гептагидрат, геогард ультра, витамин Е, бензиловый спирт, бензилцинамат, кислота лимонная. Содержащие в препарате активные компоненты ограничивают влияние вредных внешних факторов на кожу и ускоряют регенерацию эпидермиса, а слой наложенной мази защищает от различных заражающих факторов (в т.ч. бактериальных, грибковых). Обеспечивает хорошее кровообращение кожи и подкожной ткани. Мазь Алезин является активным дерматокосметическим средством, оказывающим ухаживающее действие, защищает и способствует удерживанию в хорошей кондиции кожу, подвергающуюся потертостям и опрелости. Препарат особенно рекомендован в случае дискомфорта, связанного с покраснением кожи, чувствительностью и смягчением эпидермиса. Препарат также рекомендован для местного втирания во время ежедневной профилактики пролежней.

Перед использованием пораженную кожу высушивали растительным экстрактом Витадерм. Затем препарат тонким слоем наносили на пораженный очаг 3 раза в день в течение 10 дней. Старательно

наносили на кожные складки и участки, где кожа склонна к потертостям, а затем тщательно промассировали. Препарат на сочащие раны не наносили. Мазь Алезин можно применят у людей с ограниченными возможностями, обездвиженных и бессознательных. Рекомендуется, применят препарат также под трусы-подгузники.

Результаты исследования. У всех больных в очаге поражения до лечения наблюдались фолликулярные папулы, окруженные воспалительным венчиком, в некоторых случаях отмечался и отек. После обработки очага Метровитом, на высушенный патологический очаг воспаленными волосяными папулёзные элементы наносили мазь Алезин 2 раза в день в течение 10 дней. Краснота в очаге поражений исчезало на 5,1±0,3 день терапии. После 10 дневной терапии у 52 (81,6%) больных отмечено выздоровление, у 8 (18,4%) остальных значительное улучшение.

Вывод. Мазь Алезин является эффективным препаратом в лечении остеофолликулита и препарат хорошо переносится больными, можно применят в амбулаторных и стационарных условиях.

ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО ПРЕПАРАТАМИ УГРИНОЛ И ОЗОНИУМ

Хамидов Ф.Ш., Абдувалиев Б.Ш., Хамидова М.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность препаратов Угринол и Озониум у больных витилиго.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением было 24 пациентов (12 мужчины и 12 женщин), в возрасте от 18 до 30 лет. Всем после обследования был поставлен диагноз Витилиго.

Обследование включало: сбор анамнеза, стандартный осмотр с определением дерматологического индекса качество жизни (ДИКЖ). До и после терапии витилиго было изучено шкала качества жизни при витилиго, состояние монооксигеназной системы (МОС) печени. После включения в исследование все больные были рандомизированы на две группы по 15 человек в каждой. Пациенты 1-ой группы, получали комплексное лечение с применением Озониум наружно в течение 8 недель. Пациенты 2-ой группы сравнения получали комплексное лечение с использованием препарата Угринол в течение 8 недель. Препарат Угринол состоит из экстракта листьев алоэ, экстракта лимона, цветки ромашки, салициловая кислота, спирт, очищенная вода. Препаратом «Угринол» очаги поражения обрабатывались 3 раза в день с помощью ватной палочки в течение терапии. Перед применением средство взбалтывали. При необходимости курс лечения повторялся. Озониум. Состав: раствор 20% или 40% озонидов ненасыщенных карбоновых кислот (природного происхождения) в масле. Препарат «Озониум» перед применением взбалтывали. На пораженные очаги медикамент наносили тонким слоем 3-6 раз в день. При повышенной чувствительности кожи к Угринолу, препарат применялся в разбавленном виде в соотношении 1:2.

Результаты исследования. По результатам проведенного наблюдения нами было установлено, что в 1-ой группе на фоне комбинированной терапии наблюдалось улучшение показателей качество жизни на 25,2±1,2 день от начала лечения у 8 пациентов (53,3%). Тогда как к 30-му дню улучшение показателей ДИКЖ отмечалось только у 5 больных. Через 8 недель стабильная динамика ДИКЖ продолжала сохраняться во всех группах, однако в 1-ой группе количество пациентов с улучшением показателей ДИКЖ составило всего у 4, в то время как пациенты 2-ой группы демонстрировали незначительную динамику улучшения показателей индекса ДИКЖ. Клинической эффективности проводимой терапии витилиго 1-ой группе составил 26%, во 2-ой группе – 16%. ДИКЖ до лечения в обеих группах было высокой. После применения комплексного лечения индекс ДИКЖ снижался и но оставалось пределах выше среднего в обоих группах.

МОС печени до комплексной терапии у всех больных было снижено, а после применения препаратов Озониума и Угринола наблюдалось не значительное её улучшение.

Таким образом, включение препаратов Озониум и Угринол в схему терапии витилиго не позволяет получить терапевтический эффект в лечении витилиго. Хотя и не были отмечены нежелательные явления.

Выводы. На основании проведенного исследования можно заключить, что комплексная терапия витилиго с применением Озониум и Угринол не дали хорошие результаты, не привел достаточному снижению ДИКЖ и МОС печени.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ «МЕТРОВИТ» И «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ И ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Пулатов Б.Т., Ганиев М.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность экстрактов «Метровит» и «Дермавитол» у больных вульгарной пузырчаткой и паратравматической экземой.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 5 больных в возрасте от 38 до 45 лет (2 мужчин и 3 женщин). У всех больных было диагностировано вульгарная пузырчатка и паратравматическая экзема. Часто очаги паратравматической экземы располагались вокруг травм, повреждений и т.д. У некоторых У больных очаги поражения располагались в травмированных участках асимметрично, воспалительные пятна имели четкие границы, округлые или овальные форму, на поверхности которых виднелись папулы, микровезикулы с прозрачной или пустулы с мутной жидкостью, эрозии, мокнутие. В некоторых местах наблюдалось гнойные корки, шелушения. Больных беспокоили сильный зуд, жжение, у некоторых из них незначительный зуд в области патологического очага.

Пациенты получали стандартное лечение (ГК, антигистаминные, десенсибилизирующие, противовоспалительные и др.). После высыхания патологического очага, участки паратравматичекой экземы обрабатывались различными кремами (крем, мази Клотриз, Тридерм, Тридокс). В составе комплексной терапии против мокнутия применялся охлажденные экстракты «Витадерм» и «Дермавитол» в разведении 1:2 (для разведения применялся дистиллированная вода). Препараты «Витадерм» и «Дермавитол» состоят из различных лекарственных экстрактов растений. Комплекс сборника растений оказывает противовоспалительное, антисептическое, антимикробное, противогрибковое, регенерирующее действие при различных заболеваниях. Данные препараты применялись холодном состоянии 5-8 раз в день, в виде влажных повязок в течении 1-3 дней. Первая группа (№40) больных от мокнутия получали Витадерм, вторая группа в составе 40 пациентов на очаг паратравматической экземы ставили растительный экстракт Дермавитол.

Результаты исследования. У всех больных паратравматической экземой на следующий день после начала лечения экстрактами «Метровит» и «Дермавитол», в мокнуших очагах поражения начиналось высыхание на 2,1±0,2 сутки, на месте экссудативных высыпаний образовывались серозные, кровянистые и гнойные корки, снижалось зуд и жжение. У больных обеих групп, в среднем через 2,1±0,4 дня прекращалось появление микровезикул, пустул и начиналось заживление очага поражения. Регресс воспалительных явлений усиливался, и время выздоровления у всех больных укорачивалось. У всех пациентов вульгарной пузырчаткой и паратравматической экземой после применения экстрактов «Метровит» и «Дермавитол» на коже не наблюдались побочные явления. Кожа в патологическом очаге не окрашивалось, так как экстракты не имели цвета.

Вывод. Экстракты «Метровит» и «Дермавитол» оказались эффективными средствами для местного применения в лечении вульгарной пузырчатки и паратравматической экземы. Лекарственные средства «Метровит» и «Дермавитол» после нанесения ускоряет высушивание мокнущих очагов поражения, не окрашивая кожу и удобны в применении, без побочный явлений.

КОЛОСПАС ФИБРО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И ПИОДЕРМИЙ

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Турсунбоева М.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность двух компонентного Колоспас фибро у больных акне и пиодермиями.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 30 больных акне и пиодермиями в возрасте от 18 до 48 лет (18 женщин, 12 мужчин). Всем после клинического и лабораторного исследования было поставлено диагноз «Акне, Пиодермия». У всех больных до лечения была исследована монооксигеназная функция (МОС) печени амидопириновым тестом в моче, что позволило оценить состояние функции монооксигеназ гепатобилиарной системы. Больные получали комплексное лечение с применением Колоспас фибро. Для улучшения функции печени был применен двух компонентный сорбент Колоспас фибро в виде саше. Колоспас фибро состоит из двух активных компонентов мебеверина гидрохлорид и шелуха Исфагулы (Payllium Husk). Устраняет спазм органов ЖКТ, кишечную и желчную колику, синдром раздраженной толстой кишки, способствует нормальной работе кишки, формирует матрикс, связывающий воду, желчные кислоты и токсины, помогает росту бифидо- и лактобактерий. Payllium Husk представляет собой растительные волокна, полученные из высушенных и измельченных семян подорожника (Plantago ovate) и является объемным слабительным средством. Препарат колоспас

фибро больные акне в пиодермиями принимали в комплексной терапии по 1 маше 2 раза в день за час до еды. Больные также получали местное лечение с раствором Угринол.

Результаты исследования. Исследование МОС печени у больных акне с пиодермиями вышеуказанной пробой вывил снижение ее способности к биотрансформации ксенобиотиков до начала патогенетической терапии.

Исследование экскреции метаболитов амидопирина в моче у больных акне с пиодермиями обеих групп до начала патогенетической терапии также выявило снижение образования метаболитов 4-ААП и N-Ац-ААП. Показатели 4-ААП у больных акне были достоверно отличными от данных контрольной группы (7,35±0,12%) и составил 6,31±0,05% (P<0,05). Образование N-Ац-ААП у больных акне было сниженным 15,62±0,22%, что достоверно отличалось от показателей контрольной группы (21,33±0,18%; P<0,01).

Сниженные показатели 4-ААП и N-Ац-ААП до лечения, указывало об угнетении N-деметилирующей и ацетилирующей способности печени у больных акне с пиодермиями.

4-ААП и N-Ац-ААП у больных акне и пиодермиями после стандартного лечения с Колоспас фибро изменилось в положительную сторону и после лечения было 7,02±0,12% и 19,14±0,05% (соответственно P<0,01 и P<0,001). Результаты амидопириновой пробы в процессе терапии Колоспас фибро выявили положительные изменения со стороны N-деметилирующей и ацетилирующей (конъюгирующей) способности печени по сравнению с данными начала лечения. Папулы уменьшались, уплощались, пустулы высыхали, наблюдалось отпадание корок, после которых образовывалось пигментное пятно.

Вывод. Двух компонентный препарат «Колоспас фибро» оказал положительное влияние на МОС печени у больных акне с пиодермией, благоприятно повлиял на клиническое течение заболевания во время комплексного лечения.

РОЛЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Хамидова М.И., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Аутологичная трансплантация может без проблем выполняться как во время госпитализации (в условиях стационара), так и без госпитализации (в амбулаторных условиях). В данном руководстве содержится информация о проведении трансплантации, как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях. Однако амбулаторная процедура подходит не всем. Врач обсудит с вами возможность выполнения трансплантации в амбулаторных условиях.

Цель исследования. Определить влияние аутоТГСК на эффективность лечения ОН у пациентов с ММ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 89 пациентов с множественной миеломой ММ (медиана возраста 58 лет; соотношение мужчины/ женщины - 1,12 : 1). Индукционная терапия бортезомиб-содержащими программами (VD, CVD, VMP, PAD) была проведена в 62/89 (69,6 %) случаев, иммуномодулятор-содержащие программы (Thal + D, RD, VRD, PomD) - в 22/89 (24,8 %) случаев, химиотерапия-у 4/89 (5,6 %) случаев.

Результаты исследования. Пол, возраст, вариант индукционной противо-миеломной терапии не влияли на частоту ответа и опухолевую нагрузку. Полный ответ (ПО) был достигнут в 28/89 (31,4 %) случаев до аутоТГСК и в 50/89 (56,2 %) случаев после аутоТГСК. Высокодозная химиотерапия (Mel200) и аутоТГСК позволили увеличить частоту достижения ПО в динамике: до аутоТГСК 5/29 случаев (17,2 %), после аутоТГСК—в 13/29 случаев (44,8 %) ($p < 0,05$). Опухолевая нагрузка после 4–6 циклов индукционной терапии ($n = 79$) составила $0,28 \pm 0,34$ для ПО и строго полного ответа (с ПО), $1,65 \pm 2,66$ для очень хорошего частичного ответа (ОХЧО), $2,10 \pm 2,53$ для частичного ответа (ЧО). Опухолевая нагрузка после высокодозной терапии (Mel200) и аутоТГСК составила $0,06 \pm 0,07$ для ПО и с ПО, $0,15 \pm 0,46$ для ОХЧО, $0,17 \pm 0,22$ для ЧО. Влияние аутоТГСК на беспрогрессивную выживаемость (БПВ) оценивалось у 39 пациентов. Медиана БПВ составила 97 месяцев в группе (ОН после аутоТГСК 0,01 %) и 25 месяцев (ОН без аутоТГСК> 0,01 %» ($p = 0,006$). Определение ОН в динамике у 29 пациентов показало, что аутоТГСК снижает уровень ОН (до аутоТГСК- $2,27 \pm 0,20$, после аутоТГСК-$0,14 \pm 0,01$). Уменьшение опухолевой нагрузки до $< 0,05$).

Вывод. Высокодозная химиотерапия с последующей аутологичной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток позволяет повысить эффективность терапии, уменьшить опухолевую нагрузку и увеличить продолжительность беспрогрессивной выживаемости у больных множественной миеломой.

РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА

Якуббекова М.К., Мирзаахмедова И.З., Хамидова М.И., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) являются глобальной медико-социальной проблемой, несмотря на безусловные достижения медицинской науки и практики. В последние годы большое внимание уделяется поиску факторов, предрасполагающих к раннему началу и быстрой прогрессии сердечно - сосудистых заболеваний. Данные о влиянии повышенного уровня гомоцистеина (ГЦ) на риск развития атеросклеротических и протромботических изменений остаются противоречивыми.

С одной стороны, результаты многочисленных экспериментальных, эпидемиологических и клинических исследований позволяют считать гипергомоцистеинемию (ГТЦ) фактором риска атеросклероза и тромбоза. С другой стороны, отдельные авторы рассматривают ГГЦ как маркер «нездорового образа жизни» - несбалансированного питания, низкого уровня физической активности, курения или существующей сердечно - сосудистой патологии.

Цель исследования. Установить роль гипергомоцистеинемии в формировании протромботических нарушений системы гемостаза, разработать алгоритм лабораторной диагностики тромбофилии, обусловленной гипергомоцистеинемией.

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 больных, находившихся в 2019 - 2021 годах на стационарном и/или амбулаторном лечении в отделении гематологии и трансфузиологии клиники АГМИ.

Результаты исследования. На первом этапе исследования было проведено измерение уровня гомоцистеина плазмы у 260 лиц без сосудистой патологии. Включение в контрольную выборку лиц от 7 до 77 лет позволило в дальнейшем формировать сопоставимые по полу и возрасту группы сравнения для разных категорий больных. Средняя концентрация ГЦ плазмы в контрольной группе составила 9,3±3,9 мкмоль/л. У мужчин и женщин репродуктивного возраста этот показатель равнялся соответственно 10,4±4,4 мкмоль/л и 8,6±3,4 мкмоль/л. У лиц пожилого и старческого возраста влияние пола на содержание ГЦ в плазме нивелировалось. Корреляционный анализ показал связь уровня ГЦ с генотипом 677ТТ гена МТГФР (r=0,4, p=0,001), курением (r=0,5, p=0,0001) и потреблением кофе (r=0,4, p=0,0001). Между показателями концентрации ГЦ в плазме у бывших курильщиков и лиц, никогда не куривших, достоверных различий не было выявлено. Тот факт, что эффект курения на уровень ГЦ устраняется при отказе от этой вредной привычки, представляется важным с позиции профилактики ГГЦ. Значимой корреляции между содержанием ГЦ в плазме и такими факторами, как ожирение, потребление алкоголя и уровень физической активности не наблюдалось.

Значения ГЦ выше 13,4 мкмоль/л (90% процентиль) расценивали как гипергомоцистеинемию. Частота встречаемости ГГЦ в контрольной группе составила 8,6%. По степени тяжести ГГЦ условно делили на легкую ГГЦ (до 25 мкмоль/л), умеренную (25-50 мкмоль/л) и тяжелую (более 50 мкмоль/л). Тяжелая ГГЦ в контрольной группе не была выявлена.

У пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК) и венозными тромбозами (ВТ) как частота встречаемости ГТЦ (рис. 1А), так и средние уровни ГЦ статистически значимо превысили соответствующие показатели в контрольной группе. Частота встречаемости ГГЦ у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в анамнезе была достоверно выше не только показателя в контрольной группе (52% против 8,6%, p<0,001), но и частоты встречаемости ГТЦ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) без ОИМ в анамнезе (52% против 28%, p=0,01).

У больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (n=40) средний уровень ГЦ был несколько ниже, чем в сопоставимой по полу и возрасту группе пациентов с ПТБ (n=44): 14,6±7,6 мкмоль/л и 15,9±11,7 мкмоль/л, соответственно, p=0,07. При этом ГГЦ наблюдалась у 43% больных с острым тромбозом против 50% при ПТБ. Снижение уровня ГЦ при повторном обследовании спустя 2 недели после острого тромботического эпизода было отмечено только у тех больных, в терапии которых использовались витамины группы В.

При артериальной патологии прослеживалась ассоциация ГГЦ с ранней манифестацией и неблагоприятным течением заболевания со склонностью к развитию острых ишемических эпизодов и их рецидивированию. Тяжелая форма ГТЦ в большинстве случаев проявлялась распространенным атеросклеротическим поражением с вовлечением центральных и периферических сосудов. У больных ААНК с Ш-ГУ степенью артериальной недостаточности средний уровень ГЦ был достоверно выше, чем при артериальной недостаточности Г - П степени (24,8±6,7 мкмоль/л против 14,2±4,4 мкмоль/л, p<0,05). У 95% пациентов с так называемой «критической ишемией» была выявлена ГТЦ (в 65% случаев - явная, и в 30% случаев - скрытая). У пациентов с ИБС при ГТЦ существенно увеличивался риск рестеноза после восстановления кровотока в бассейне пораженных коронарных артерий оперативным методом (011=6,6; 95% СГ: 1,5 -28,5; p = 0,01).

Оценивая роль ГЦ в окклюзионных поражениях артериального русла, особое внимание мы уделили изучению ассоциативных связей ГГЦ с признанными индукторами атерогенеза. Нарушения липидного обмена, курение и артериальная гипертензия с высокой частотой обнаруживались у обследованных больных, особенно у пациентов с периферическим атеросклерозом.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования генотипирования полиморфизма С677Т метилентетрагидрофолатредуктазы в качестве вспомогательного этапа при диагностике тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ.

Предложенная методика расчета постнагрузочного уровня ГЦ с использованием базальных значений ГЦ позволяет минимизировать число больных, нуждающихся в проведении метионинового нагрузочного теста.

Использование разработанного алгоритма диагностики тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ, позволяет повысить эффективность формирования групп высокого риска развития тромботических осложнений, индивидуализировать подход к первичной и вторичной профилактике сердечно - сосудистых заболеваний.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Хамраев О.А., Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А. Мамаризаев А.А.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Проанализированы 100 пациентов с кистозными образованиями почек, разделённых на 4 основные категории по классификации (M.A.Bosniak). Изучены характеристики кист, полученные при УЗИ и КТ. У пациентов 1 категории (70 больных) установлены простые кисты, из них динамический контроль был предложен 20 пациентам, при диаметре кист больше 30 мм. У остальных 50 больных 1 категории были выполнены лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. Во 2 категорию вошли 15 больных, из них тонкая ровная стенка кисты - у 6, единичные тонкие септы - у 5, единичный кальцинат в солитарной перегородке – у 1, единичные пристеночные кальцинаты – у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 – лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем эхогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки – у 4, множественные кальцинаты – у 4. В 8 случаях образования и были доброкачественными, в 2 – злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперациооном решении о доброкачественности процесса. Мониторинг под УЗИ контролем предложен 4 пациентам с доброкачественными образованиями. В 4 категорию были определены 5 больных, у которых были подтверждены гистологически кистозные почечно-клеточные карциномы.

Выводы. Целесообразно использовать классификации кистозных образований почек по (M.A.Bosniak) и оптимально сочетать проведения УЗ-исследований и КТ для диагностики и лечения.

EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH DEEP DEPRESSION WHO HAVE BEEN HAVING MYOCARDIAL INFARCTION

Kholikova D.S.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Depressive disorders are associated with coronary heart disease more often than with a number of other diseases. According to the literature, depression occurs on average in 20% of patients with coronary heart disease (CHD). The combination of these diseases worsens the clinical and social prognosis of each of them.

Purpose of the study: The purpose of this study was to study the clinical picture of depression and the provision of emergency care for these conditions.

Materials and methods: To solve the set tasks, a clinical and epidemiological examination of 36 patients of involutional age was carried out. Of these, 6 men (16%), 30 women (83%). Taking into account the structure of affective disorders in patients with myocardial infarction, various psychopathological syndromes are differentiated: anxiety-depressive, asthenic-depressive, depressive-hypochondriac, hysterical and organic depression. In view of this, three clinical variants of depression were identified: 1) somatogenic depressions (depressions are somatically determined) - 12 (33.3%), 2) endogenous depressions (schizophrenic, involutional) - 7 (19.4%), 3) psychogenic depressions (associated with psychotraumatic situation) - 17 (47.2%).

The analysis shows that it is important for medical tactics to establish the leading factor of psychosomatic interaction, taking into account the patient's personality. In the examined patients, according to the AGMI clinic, anxiety and agitated depression (motor restlessness, agitation, decreased mood, fear, anxiety, insomnia.) Are more

often observed in women. In men, the clinic of depression often proceeds with fragmentary delusional disorders (delusional ideas of harm). Sleep is characteristic for such patients, insomnia in the evening, difficulty falling asleep, and early awakening (at 3 - 5 o'clock in the morning). In the morning, a depressed state with anxiety is noted (this is the most appropriate time for suicide).

According to the analysis, the presence of affective disorders in the picture of myocardial infarction disease increases the duration of hospital stay (by an average of one week).

Conclusions: Among the exogenous factors is the most important. Among exogenous, the most important are in the elderly.

The increased interest in the issue of depressive disorders in patients with cardiovascular pathology is due to the large amount of evidence indicating the negative impact of depression on the course and prognosis of somatic illness.

INFLUENCE OF LOW INTENSITY LASER RADIATION ON SOME HEMODYNAMIC INDICATORS IN PATIENTS WITH DISEASES CAUSED BY ATHEROSCLEROSIS

Kholikova D.S.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Atherosclerosis is a lesion of the arteries, accompanied by cholesterol deposits in the inner lining of blood vessels, narrowing of their lumen and malnutrition of the blood-supplied organ. Atherosclerosis of the vessels of the heart is manifested mainly by attacks of angina pectoris. Leads to the development of coronary heart disease (CHD), myocardial infarction, cardiosclerosis, vascular aneurysm. Atherosclerosis can lead to disability and premature death.

In recent years, the incidence of atherosclerosis has reached alarming proportions, outstripping such causes as trauma, infectious and oncological diseases in terms of the risk of loss of working capacity, disability and mortality. With the greatest frequency, atherosclerosis affects men over 45-50 years of age (3-4 times more often than women), but occurs in younger patients.

Objective of the study: To increase the effectiveness of treatment of patients with coronary heart disease and Menckenberg's disease using low-intensity laser radiation, by correcting hemodynamic disorders, vegetative status, quality of life of patients and lipid metabolism.

Materials and methods of research: The material for solving the tasks was the results of examination of 60 patients with ischemic heart disease: stable exertional angina FC II, HI-2 and patients with Menckeberg's defect (33 men and 27 women, aged 38 to 81 years). Patients are informed about the research work. Received the authorized consent of patients to conduct therapy.

Research results: As a result of the examination, diagnostically significant clinical signs of the disease were established:

- chest pain;
- shortness of breath on exertion;
- interruptions in the work of the heart;
- attacks of rapid heartbeat against the background of all patients with coronary atherosclerosis.

In order to correct the revealed violations, we used laser therapy by means of the cutaneous action of an infrared laser with X. = 0.89 μm, power of 5 W per pulse, frequency of 80 Hz, in the fields and over-vein laser irradiation of blood with red spectrum laser radiation (>. = 0.63 μm, W = 10 mW) of the cubital veins, taking into account its analgesic, hypocholesterol-lowering, immunocorrective, anti-edema effect, as well as the effect that improves microcirculation in tissues.

When analyzing clinical indicators, in patients with ischemic heart disease, it was found that clinical signs of the disease normalized faster in patients of group 1 who received laser therapy, compared with patients in group 2 who received only traditional drug therapy: by the end of the course of treatment in group 1 earlier, pain syndrome decreased in 38 patients - (86.9%), heart palpitations - in 30 patients - (69.8%), heart interruptions in 23 patients - (52.6%), shortness of breath in 29 patients (66 %).

In patients with Menckeberg's defect, who received laser therapy, relief and reduction of pain syndrome was observed earlier than in patients receiving traditional drug therapy in 15 patients (80.9%), palpitations in 13 patients (70.3%), interruptions in the work of the heart in 10 patients (57.8%), shortness of breath in 14 patients (75%).

Conclusion: It was proved that in patients with ischemic heart disease and isolated calcification of the aortic valve, hemodynamic disturbances were revealed (changes in the thickness of the LV walls, LVEDD, flow velocity in the LV outlet, transmembrane gradient, aortic diameter at the valve level, aortic valve opening, signs of left wall hypertrophy ventricle, depression of the RS-T segment) and lipid profile disorders (increased levels of cholesterol, triglycerides, total lipids and b-lipoproteins in the blood).

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 алохида 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 кўрсатқичини тахлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (ТМАО) бирикмаси аниқланди, фосфатидилхолина и L-карнитин метаболизмдан келиб чиқиб, юрак қон томир юқори рисқ 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 метоболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чикишига таъсир кўрсатишини хисобга олган холда бахолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чикиш.

Илмий изланишлар 90 нафар ЮИК билан хасталанган беморда ва 30 нафар юрак хасталиги мавжуд эмас инсонларда (назорат гурухи)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 курсаткичлар ўрганилганда қуйидаги маълумотлар аниқланган. Биринчи гурухдагиларда 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 гурухда 59.83±3.15 p2- 4>0,05 ташкил этди. Буйи гурухларга нисбатан 1 гурух- 167.03±4.83, 2 гурух-168.20±6.26, 3- гурух - 169.40±6.77, туртичи гурухда- 170.70±6.31 уларни нисбати қуйидагича эди p1-2>0,05; p1-3>0,05; p1- 4>,005; 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; p1-40,05; p2- 40,05; p1-3>0,05; p1- 40,05; p2- 40.05, p1-3 >0.05,p 2-3 >0.05,p 1-4 >0.05,p 2-4>0.05) ва чекиш иштироқчилар ичида аниқланмади (p 1-2 >0.05, p1-3 >0.05,p 2-3 >0.05,p 1-4 >0.05,p 2-4>0.05).

Юқоридаги хар бир гурухдаги ўзгаришларни ўрганиб чиқиб хулоса қилдикки юрак ишемик касаллиги билан хасталанган беморларда паст курсаткичда тана вазми ва баланд бўйи нисбати туртинчи гурухдагиларда кузатилмоқда.

БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШ ТУРИ ВА ТАРТИБИНИ ХИСОБГА 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. 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 алохида 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 кўрсатқичини тахлил қилганда Tang et al - триметиламин-N-оксид (ТМАО) бирикмаси аниқланди, фосфатидилхолина и L-карнитин метаболизмдан келиб чиқиб, юрак қон томир юқори рисқ 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 метоболит триметиламин-N- оксидни ишлаб чикишига

таъсир кўрсатишини хисобга олган холда бахолаш, даволаш ва олдини олиш учун профилактик чора тадбирлар ишлаб чикиш.

Беморларни овқатланишни бахолаш анкета усулида олиб борилган Алохида фарқлаш учун кам гушт, сут махсулотлари ва кўпрок балиқ хамда тухум махсулотларини истъемол қилувчи беморлардан ташкил этилган назорат гурухига хам анкета таркатилди.Гул карам, брокли ва денгиз махсулотларини истъемол қилиш бўйича барча гурухларда маълумотлар бир бирига нисбата ўхшаш кузатилди. (р - критерий МаннаУитни) 1 гурухда юрак ишемик касалликлари билан хасталанган беморларда хафтада тухум нисбати 0-1 дона хафтасига 37.9% 2 гурухда Энтерол билан даволаганда- 26.7% ; 3 гурухда Энтерол ва прокинетик қўллаганда-13.3% ; 4 гурухда хеч кандай дори дармон қўлламаганда-6.7% ташкил этди; Хафтасига 3-5 дона тухум истеъмол қилганда 10.3% ;30.0% ;46.7% ;53.3% ; ташкил этди яъни р1-2>0,05; р1-30,05; р2-40,05 га тенг. Мол гўштини 0-1 марта хафтасига истъемол қилган хар бир гурухга нисбати 86.2% ; 2-86.7%; 3-90.0%; 4- 100.0% ташкил этди, 2-3 маротаба хафтасига истъмол қилганлар 1-34.5%; 2-43.3% ; 3-43.3%; 4-56.7% р1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05; р2-4>0,05; р3-4>0,05 ташкил этди. Хафтасига 3-5 маротаба мол гўшит истеъмол қилганлар 1 чида -37.9% , 2-40.0% , 3-43.3%; 4- 23.3% ни ташкил этди р1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05; Хафтасига 6 ва ундан кўп истеъмол қилганлар 1- 10.3% ; 2-0.0%; 3- 0.0% ; 4-0.0%, яъни р1-20,05; р2-4>0,05; р3-4>0,05. Пишлоқни бир махал истеъмол қилганлар 1 гурухдагилар- 34.5%; 2-16.7% ; 3-16.7% ; 4-40.0%ташкил этди, яъни р1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05. Пишлоқни 2-3 маротаба хафтасига истеъмол қилганлар биринчи гурухдагиларда - 58.6% ; иккинчи- 66.7%; учинчи- 73.3% ва туртичисида - 60.0%, яъни р1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05. Хафтасига 3-5 маротаба биринчида- 6.9%; 2- 16.7% ; 3-10.0%; 4- 0.0% яъни р1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05; р2-4>0,05; р3-4>0,05 Денгиз махсулотларида 0-1марта хафтасига хар бир гурухда100.0% данр1-2>0,05; р1-3>0,05; р1-4>0,05;р2-3>0,05; р2-4>0,05; р3-4>0,05 ташкил этди.

Яъни хулоса қилиб айтганда ЮИК билан хасталанган беморларда овқатланиш тартибида фосфатидилхолин ва L-карнитин мавжуд махсулотлар кузатилгани ва юрак хасталиги кузатилмаган инсонларда ушбу махсулотлар нисбатан кам истеъмол қилиниши кузатилди.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТАКТНОЙ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОВЫШЕННОГО ОФТАЛЬМОТОНУСА ПОСЛЕ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Веприцкая Е.В., Жулиева.Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сегодня именно дренажные операции стали «золотым» стандартом лечения рефрактерных глауком, куда относится и вторичная неоваскулярная глаукома (НГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД). К сожалению, их эффективность, по нашим данным (137 операций за 12 лет) не превышает 75–77%. Поэтому в послеоперационном периоде перед врачом снова встает вопрос о поиске средств для нормализации повышенного внутриглазного давления (ВГД).

Цель. Оценить эффективность проводимой по оригинальной методике контактной транссклеральной диод-лазерной циклококоагуляции (КТДЛЦ) после ранее проведенной дренажной хирургии неоваскулярной глаукомы, которая не привела к нормализации ВГД.

Материалы и методы. В исследование вошли 32 пациента (в том числе 21 пациент после выполненной дренажной хирургии в офтальмологическом отделении ФГБУ «НМИЦ Эндокринологии» МЗ РФ). У всех пациетов ранее была проведена дренажная операция (имплантация клапана Ахмеда) по поводу некомпенсированной вторичной неоваскулярной глаукомы на фоне диабетической ретинопатии (ДР). В послеоперационном периоде из-за отсутствия компенсации ВГД у них была выполнена КТДЛЦ по оригинальной методике (патент РФ №2625595 от 2017 года).

Результаты. У 27 пациентов (84%) после первой же процедуры КТДЛЦ ВГД снизилось до 14-17 мм рт. ст. У 4 пациентов (11%) потребовалось провести эту процедуру дважды. У 1 пациента (3%) потребовалось провести три процедуры КТДЛЦ. Каких-либо осложнений в период до года наблюдения отмечено не было. Острота зрения и данные периметрии через 3, 6 и 12 месяцев после выполнения процедуры КТДЛЦ статистически не отличались от дооперационных показателей. Выполнение вмешательства не привело к ухудшению углеводного обмена у пациентов с СД – изменение гликированного гемоглобина также было статистически недостоверно.

Выводы. При отсутствии компенсации офтальмотонуса после дренажной хирургии неоваскулярной глаукомы у пациентов с сахарным диабетом с высокой эффективностью (84%) можно использовать контактную транссклеральную диод-лазерную циклокоагуляцию.

ИНСОН ХУЛҚИ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ

Худайбердиев Ж.М.
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 ўрганилмаганлиги 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 фуқаро қатнашди. Тадқиқот проспектив усулда олиб борилди.

Натижа ва таҳлиллар. Анкеталар ўрганиб чиқилганда қуйидагилар аниқланди: Қатнашчиларнинг 25% кундалик ҳаётида ўзининг саломатлигига эҳтиётқорлик 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 11 тадан 20 донагача ва ундан кўп сигарета чекади, асосан эркаклар. 64,7% турли даражада алькогол ичимликларини истеъмол қилади. Эркакларнинг 60,8% да, аёлларнинг 72%да бир ёки бир неча нозологик бирликдаги касаллик борлиги аниқланди. Аёлларда эркакларга нисбатан камқонлик 3 баравар кўп, шунингдек остеохондроз, артериал гипертония, холецистит ва панкреатит 2 бараварга, 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 имкониятлар мавжуд. Чунки, юртимизнинг ҳамма регионларида, коллеж ва мактабларда спорт тўгараклари, спорт турларига мослаштирилган коллежлар, мактаблар, турли хил спорт клублари, соғломлаштириш масканлари, фитнес клублар мавжуд. Аҳоли турли қатламларини мана шу масканларга 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 ўзгартиради баъзан ривожи 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 ишлари асосида оила шифокори туради. Фақатгина унинг олиб борган ишлари узоқроқ вақтда билинади, самара беради.

Тавсия. Соғлом турмуш тарзини ташкиллаштириш тадбирларида хулқ-атворга ижобий таъсир кўрсатиш, саломатликни сақлашга ва мустаҳкамлашга йўналтирилган бўлмоғи даркор.

ОИЛА ШИФОКОРИ ФАОЛИЯТИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ

Худайбердиев Ж.М
Андижон Давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: XXI асрда бутун дунё аҳолисини метаболик синдром, синдром Х, ўлим квартети, деб аталган муаммо қамраб олмоқда ва ҳаёт сифатига жиддий зарар келтирмоқда. Охирги йилларда бутун дунё олимлари орасида юрак - қон томир касалликлари ва метаболик бузилишлар орасидаги ўзаро боғликликни ўрганишга эътибор кучайиб бормоқда.

Мақсад: Назоратимиздаги қишлоқ оила шифокорлик пункти (ҚОШП) ҳудудига қарашли аҳоли ўртасида тарқалган метаболик синдром ‘‘квартети’’ни ўз вақтида эрта ташхислаш ва самарали аралашув орқали беморларга тиббий хизмат сифатини яхшилаш.

Вазифалар: 1**.** ҚОШП аҳолиси ўртасида метаболик синдром(МС) компонентларини тарқалишини аниқлаш.

2. МС компонентларининг тарқалишини ёш ва жинсга хос хусусиятларини ўрганиш.
3. МС компонентларининг ўзаро боғлиқлигини ўрганиш.
4. Аҳоли учун МС профилактикасига қаратилган тавсиялар ишлаб чиқиш.

Изланишлар: ҚОШП ҳудудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида ҳудуднинг 40-70 ёшлардаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 58 нафар кишини ажратиб олдик. Ажратиб олинган аҳолининг ёш ва жинс таркиби деярли ҳар хил бўлиб, проспектив усулда тўлиқ клиник, антропометрик, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувларимиз: Популяцион–

эпидемиологик, клиник, биохимиявий, статистик-аналитик усуллардан фойдаланиб, олиб борилди. Шунингдек, махсус сўровнома орқали зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, мазкур Чортоқ тумани ҚОШП аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида МСнинг тарқалиши 37,7% ни ташкил қилди. 22 беморнинг 12 нафари (54,5%) аёллар, 10 нафари (45,5%) эркакларни ташкил этди. Бир компонентли 3 нафар (13,5%), 2 компонентли 6 нафар (27%), 3та компонентли 9 нафар(40,5%), 4 компонентли 4 нафар (18%) ни ташкил қилди.

Хулоса:

1.Аҳоли ўртасида метаболик синдром келажакда яна кўпроқ тарқалиш хавфи бор.

2. Метаболик синдром кампонентлари ёш ўтиши билан кўпайиб боради.

3. Метаболик синдром аҳоли жинсидан қатъий назар зарарлайди.

4. Метаболик синдромга муваффақиятли аралашувда оила шифокори катта роль ўйнаши мумкин.

Тавсия: 1. ҚОШП шароитида метаболик синдром билан беморларга оила шифокори кенг тушинтириш ишлари ўтказиши керак.

2. Оила шифокори доимо туман марказий шифохонаси тор мутахассислари билан ҳамкорликда иш олиб бориши керак.

3. Метаболик синдром билан беморлар доимий “Д” назоратига олиниши керак.

4.Метаболик синдром билан беморлар доимий амбулатор номедикаментоз ва медикаментоз даво олишлари керак.

ОИЛА ШИФОКОРИ АМАЛИЁТИДА АЁЛЛАРДА АСОРАТСИЗ СИЙДИК ЙЎЛИ ИНФЕКЦИЯСИ ХАСТАЛИКЛАРИ НИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ

Худайбердиев Ж.М
Андижон давлат тиббиёт институти

Оила шифокорининг кундалик қабулидаги беморларнинг ¼ қисми сийдик йўли инфекцияси хасталиги билан мурожаат этади. Бу муаммо соғлиқни сақлаш бирламчи бўғинида оила шифокоридан катта масъулият талаб қилади. Даволаш мақсадида қўлланилаётган антибиотикларни сийдик йўли инфекцияси (СЙИ) микробининг турини аниқламай туриб, ҳисобсиз тавсия этиш эса шу дориларга резистентликнинг келиб чиқишига сабаб бўлади ва даволаш самарадорлигини пасайтиради. Натижада фертил ёшидаги аёллар (ФЁА) репродуктив саломатлигига ва ҳаёт сифатига жиддий хавф туғилади. Бундай оқибатлар келиб чиқмаслиги учун хасталикларни амбулатор шароитида ташхислаш, даволаш, реаблитация қилишда оила шифокори учун жаҳон стандартлари талаблари асосида иш олиб бориш муҳимдир.

Мақсад: Оила шифокори иш фаолиятида ФЁАларда СЙИ хасталиги муаммосини сийдикдаги бактериянинг турини ва шу бактериянинг антибиотикларга сезувчанлик даражасини аниқлаб ташхислаб, самарали даволаш ва профилактик чора тадбирларни қўллаш.

Материаллар: Бириктирилган ҳудудда 2018-2020 йиллар давомида СЙИ хасталиклари билан мурожаат этган 46 нафар фертил ёшдаги аёллар текширувдан ўтказилди. Назорат гуруҳига 22 нафар фертил ёшдаги аёллар олинди. Беморларнинг 23 нафари (50%) жинсий ҳаёт кечирмайди, 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, сийдик йўлига катетер қўйилмаган ва ҳеч қандай жарроҳлик амалиёти ўтказилмаган, иммунодефицит ҳолати бўлмаган беморлар.

Беморларга тавсия этилган даво чоралари давомийлиги, хасталикнинг қайталаниш ҳолатлари, муолажа ўтказиш сифатлари назоратга олинди. Барча 46 нафар беморга тўла гигиеник талаблар асосида, сийдикни анализ учун қандай олиш қоидаси тушинтирилди, ҳамда сийдикни бактериологик экиш ва микробнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш тавсия этилди.

Натижалар: Мурожаат этган барча ФЁАларда клиник симптомлар мажмуаси қуйидаги кўринишни олди: дизурия – 44 (95,6%), тез-тез сийдик келиш ҳисси -36(78,2%), сийдик тута олмаслик - 30(65,1%), қов соҳада оғриқ 29(63,4%), бел соҳада оғриқ -28(60,8%), иситма-35(76,0%), титраш- 25 (54,3%), терлаш- 23 (50,0%), гематурия- 4 (8,6%) беморларда кузатилди. Бизнинг кузатувимизда ҳам цефалоспоринлар сийдик йўли инфекцияси хасталикларини даволашда бошқа турдаги антибиотикларга нисбатан ўз активлигини сақлаб қолганлиги кузатилди. Беморларни даволашда антибиотиклардан Р (personal) препарат танлаб олиниб, 7-10 кунлик схемада даволаш ўтказилди. Қўшимча восита сифатида анъанавий воситалар қўлланилди.

Хулоса: 1. Амбулатор беморларда бактериаурия ва микробларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш асосий ташхисий мезонлардан бири ҳисобланади.

2. Цефалоспорин гуруҳи препатлари сийдик йўли инфекциясида кучли самарага эга

3. Фертил ёшдаги бемор аёлларда бу усулни қўллаш стационарга йўлланаётган беморлар сонини камайтиради.

4. Беморларнинг оилавий ҳаражатларини тежашга ёрдам бериб, маънавий ва иқтисодий зарарни камайтиради.

5. ФЁАларда репродуктив фаолиятга хавф камаяди, асорат камайиб, беморлар ҳаёт сифати яхшиланади.

6. ФЁАларда ёш ўтиши ва турмушга чиқиб, жинсий ҳаёт кечириш даврида профилактик мақсадда бактерияурияни аниқлаб туриш фойдали бўлиб, ижобий натижа кўпроқ бўлади.

СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ – САЛОМАТЛИК МЕЗОНИ

Худайбердиев Ж.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Ўзбекистонда аҳоли саломатлигини сақлаш ва янада мустаҳкамлаш Давлатимизнинг муҳим тиббий - ижтимоий вазифаларидан бири ҳисобланади. Ушбу масала Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси ва бошқа қонунчилик ҳужжатларида ўз аксини топган. Президентимиз Ш.М. Мирзиёевнинг бирламчи тиббий санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохатлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида 2020 йил 12.11. ПФ -6110 Фармони, “Аҳолини соғлом овқатланишини таъминлаш” тўғрисидаги ПҚ -4887 2020 йил 10 ноябрдаги қарори бу сохани ривожлантиришда дастурул амал бўлиб қолмоқда. Соғлом турмуш тарзи бугунги кунимизнинг асосий долзарб муъаммоларидан бири экан, рационал овқатланиш ана шу долзарб мавзу билан доимо чамбарчас боғлиқдир. Чунки рационал овқатланиш соғлом турмуш кечиришнинг мезонидир. Рационал овқатланиш кўплаб касаллик ва касаллик олди ҳолатларини энг яхши профилактикаси ҳисобланади.

Мақсад: Назоратимиздаги Оилавий поликлиника (ОП) аҳолисини турмуш тарзи ва рационал овқатланишга бўлган муносабатларини ўрганиш.

Материал ва услублар: Кузатув ишлари назоратимиздаги ОП аҳолиси орасида олиб борилди. Ишни олиб боришда олдимизга қўйилган биринчи вазифамиз – аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини ўрганиш мақсадида махсус сўровнома ўтказиш, беморларнинг амбулатор карталари ф-025/у, диспансер назорати карталари ф-030/У, ОПнинг хисобот формаларини кўриб чиқиш эди. Аҳоли турмуш шароитини ўрганиш мақсадида, 55 та оила билан махсус сўровнома ўтказилиб, суҳбатлашилди. Сўровномада соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланишга бўлган аҳолининг фикрлари ўрганилди. Сўровномаларда қатнашган кишиларнинг ёши 16- дан 60 ёшгачани ташкил этди. Сўровномамизда 55 та оиланинг хар биридан вакил сифатида, 1нафар оила аъзоси, жаъми 55киши иштирок этди. Уларнинг 15 таси эркаклар (27,2%), ва 45 таси (72,8%) аёллар эди. Ёш гуруҳлари буйича 10 киши (18,8%) 60 ёшдан юқори, 20 киши(37,6%) 40-59ёшда, колган 25 киши (44,6%) 16—39 ёшлиларни ташкил килди.

Натижа ва таҳлиллар: Назоратимиздаги аҳоли ўртасида, рационал овқатланиш ҳақидаги фикрларни ўргандик ва ўқув тушинтириш ишларини олиб бордик. Сўровномамизда дастлаб аҳолининг соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш ҳақидаги тушинчасини баҳоладик. Сўровнома натижаси шуни кўрсатдики 42% респондентлар соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш борасида етарли билимга эгадирлар, 32 %и аниқ билимга эга эмаслар, 6 % бу мавзуга қизиқиш билдирмадилар ва 30% киши рационал овқатланишни соғлом турмуш тарзига алоқаси йўқ деб ҳисоблаб, уларни якдилликда тушина олмайдилар. Шулардан келиб чиқиб, оила шифокорлариларини керакли материаллар билан таъминлаган ҳолда, аҳолини барча қатламига мўлжалланган суҳбатлар ташкил қилинди ва бу масалани кенг ёритиш ишлари олиб борилди. Тадбирлар якунида қайта сўровнома ўтказилди. Натижага кўра, респондентларимизнинг рационал овқатланиш ва соғлом турмуш тарзи ҳақидаги фикри ва билими 90-100%гача ижобий томонга ўзгарди.

Хулоса:

1. Рационал овқатланиш қоидалари ҳақида аҳолини хабардор қилиш жамоат соғлиги ва турмуш тарзига ижобий таъсир этади.

2. Соғлом турмуш тарзи ва рационал овқатланиш орасида ўзгартириб бўлмас боғлиқлик бор.

3. Аҳолининг турли қатлами ўртасида соғлом овқатланиши саломатлик мезони бўлиб хисобланади.

Тавсиялар: 1**.** Оила шифокори аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш тамойилига бағишланган ўқитиш учун қисқа муддатли тренингларда ташкилотчи бўлиши ва маҳаллий ҳокимят аъзолари қўллаб қувватлаши керак.

2. Ушбу тадбирларни ўтказишда қайта алоқа ва ўзаро ёрдам принципларига асосланган ҳолда олиб бориш мақсадга мувофиқдир.

3. Аҳолининг соғлом турмуш кечириши ва соғлом овқатланиш даражасини тушинтириш ишларида оила шифокори етакчи бўла олади.

ОИЛА ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ СИФАТИНИ ОШИРИШ

Худайбердиев Ж.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Гипертония касаллигини даволашдан мақсад—беморларда артериал босим кўрсаткичини мақсадли кўрсаткичда, 140/90 мм.см.ус.дан оширмаслик ҳамда, ундан ҳам паст натижада ушлаб туриш, яшаш сифатини яхшилаш ва ҳаётини узайтириш, хавф омилларининг олдини олишдир. Ҳозирги дори воситалари бозорида гипертония касаллигини даволашда ишлатиладиган жуда кўплаб препаратлар мавжуддир. Ҳар бир беморга индивидуал ёндошган ҳолда, дори препаратлари тавсия қилиниб, даволаш ишлари олиб борилади. Шунинг учун соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғинида профилактика тадбирларига катта аҳамият бермоқ зарурдир. Бу профилактик тадбирлар ўз навбатида хавф омилларига таъсир қилиб, артериал қон босимининг вужудга келишига тўсқинлик қилиши ва артериал гипертония касаллигининг аҳоли орасида тарқалишини камайтиришдан иборат.

Мақсади. Гипертония касаллигида тиббий назорат ишлари сифатини ошириш.

Вазифалари. 1**.** Гипертония касаллиги билан касалланган беморларга тиббий хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш. Гипертония касаллиги бор бўлган беморларни эрта аниқлаш, диспансер назоратига олиш ва уларни клиник протокол бўйича олиб бориш. 2. Гипертония касаллиги бор бўлган беморлар билан ўзини назорат қилиш қоидаларига ўқитиш ишларини олиб бориш. Аҳоли ўртасида гипертония касаллиги хавф омилларининг олдини олиш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш 3. Даволаш ишларини стандарт асосида белгилаш ва олиб бориш.

Текширув материал ва методлари. Тадқиқот ишлари Андижон вилояти Асака тумани оила шифокорлик поликлиникаси(ОШП)да ўтказилди. ОШПда умумий аҳоли сони **5971.** Шундан эркаклар **2627**, аёллар **3334**, катталар **3424**. Ишни олиб бориш жараёнида ОШПнинг 40-70 ёшлардаги аҳолиси орасидан тасодифий танлаш йўли билан 64 нафар киши ажратиб олинди. Ажратиб олинган аҳолининг ёш ва жинс таркиби деярли ҳар хил бўлиб, проспектив усулда тўлиқ клиник, лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказдик. Текширувларимиз клиник, биохимиявий, статистик-аналитик усуллардан фойдаланиб, олиб борилди. Шунингдек, махсус сўровнома орқали зарарли одатлар, ирсий мойиллик ва психологик ҳолатлари ҳам ўрганилди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, мазкур ОШП аҳолиси ўрганилган гуруҳи ўртасида АГнинг тарқалиши 60,1% ни ташкил қилди. 39 нафар беморнинг 15 нафарини (25,6%) аёллар, 22 нафарини (56,4%) эркаклар ташкил этди.

Хулоса.1.Тиббий ҳужжатларни ўрганиш ва кузатув услубларидан фойдаланиб текширганимизда, қабулга келган 40 ёшдан ошган беморлар гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари ҳақида, соғлом турмуш тарзи ҳақида кам маълумот олаётганликлари аниқланди.

2.Беморлардан интервью олганимизда, гипертония касаллиги бўйича ўзини-ўзи назорат қилиш қоидаларини кам билишлари аниқланди. Беморлар ва соғлом аҳолининг гипертония касаллиги буйича, соғлом турмуш тарзи бўйича ўқитиш учун керакли қўлланмалар, буклетлар, ёдномалар етарли даражада эмас.

Тавсиялар. 1.Ҳар бир оила шифокори артериал гипертония касаллиги билан диспансер назоратга олинган беморларни клиник протокол бўйича олиб боришга ўқитилиши керак.

2.Тиббий ходимлар ўртасида клиник протокол, қўлланмаларини қўллаш бўйича семинар ўтказиш зарурдир.

3.ОШП ихтиёридаги дори воситалари рўйхатига қўлланмаларда тавсия килинган замонавий дори воситаларидан киритилиши лозим.

4. 40 ёшдан ошган аҳоли ўртасида гипертония касаллиги, унинг хавф омиллари, ўзини назорат қилиш қоидалари бўйича суҳбатлар, лекциялар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

5. ЖССТ клиник протоколлари билан ишлаш амалиётини юқори курс талабаларининг ўқув жараёнларига татбиқ этиш керак

ТЕСКАРИ АРТЕРИАЛ ПЕРФУЗИЯ СИНДРОМИ ТАШХИСИДА УЛТРАТОВУШ ДОППЛЕРОГРАФИЯСИ УСУЛИНИНГ ЎРНИ

Хужакулов О.А.[1], Нормурадова Н.М.[2]
1-«Она ва бола скрининги» Республика маркази
2 - Тибиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Кириш. Монохориал эгизаклар йўлдошида артерио-артериал анастомозлар бўлиши туфайли битта ҳомила юраги насос (помпа) вазифасини бажариши ва иккинчи акардиал ҳомилани қон билан таъминлаши билан кечувчи асорат тескари артериал перфузия синдроми ёки акардиал синдром деб аталувчи патологик

ҳолат юзага келишига сабаб бўлади. Ушбу синдром кам учраши туфайли ушбу ҳолатда учрайдиган допплерографик ўзгаришлар пренатал диагностикада катта қизиқиш уйғотади.

Текшириш мақсади − монохориал эгизакларда тескари артериал перфузия синдромини ташхис қўйишда допплерография имкониятларини баҳолаш

Материал ва методлар. Тескари артериал перфузия синдроми билан, яъни acardius anceps ва acardius acephalus билан тўртта кузатувлар натижалари таҳлил қилинди. Ультратовуш тадқиқотлари International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) нинг ҳомиладорликда текшириш ўтказиш бўйича клиник тавсиялари асосида, юқори ва эксперт ультратовуш ускуналар ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар. Ҳомиладорликнинг 16 - 20 ҳафталарида тескари артериал перфузия синдроми бўлган икки ҳолатда қуйидагилар кузатилди: акардиал ҳомиланинг классик белгилари бу − юрак уришининг йўқлиги билан бир қаторда ҳомиланинг тана ва оёқларида актив ҳаракатлари мавжудлиги, юқори даражада тери ости шиши ва танасининг юқори қисмида кўп сонли оғир нуқсонларнинг учраши. Акардиал ҳомиланинг киндик томирлари йўлдошнинг ҳомила қоғоноқ сувлари томонга қараган юзасида, амнион пардаси остида жойлашади ва киндик тизимчаси соҳасида иккита томир аниқланиб, улар иккаласи ҳам киндик ҳалқасидан киргандан сўнг кичик чаноқ томонга йўналади. Импулс-тўлқинли допплерография усули ёрдамида ҳомилага қараб оқаётган оқим артриал типда бўлгани ва унинг ритми донор ҳомила юрак уришига тўғри келиши аниқланди. Ҳомиладан йўлдошга томон йўналган қон оқими эса веноз типда эканлиги қайд этилди. Донор ҳомилада спектрал допплерография ёрдамида киндик томирлари текширилганда артерияларининг бирида қаршилик кўрсаткичлари юқори эканлиги (PI 0.82 ва PI 0.68 биринчи кузатувда, PI 0.88 ва PI 0.63 иккинчи кузатувда) аниқланди. Акардиал ҳомиланинг ягона киндик артериясида эса паст қаршилик кўрсаткичлари (PI 0.51 ва PI 0.55) қайд этилди. Юрак уриши бўлмаган акардиал ҳомиланинг танасидаги қон томирлар рангли допплерография ёрдамида ўрганилганда, унинг аортасида каудо-краниал йўналишда ретроград қон оқими аниқланди. Киндик венасининг жигар ичида ётувчи қисми ҳамда пастки ва юкори кавак веналари топилмади. Яна икки кузатувда ҳомиладорликнинг 11 ва 13 ҳафталарида тескари артериал перфузия синдроми аниқланиб, бу ҳолатларда юрак уриши донор ҳомилада ҳам реципиент ҳомилада ҳам аниқланди. Реципиент ҳомилада юрак уриши биринчи кузатувда бир дақиқада 132 марта, иккинчи кузатувда 76 мартани ташкил этди. Реципиент ҳомилаларда В-режимда кўп сонли нуқсонлар кузатилди, аммо специфик тери ости шиши эса аниқланмади. Киндик томирларидаги қон оқими доплерография усули ёрдамида ўрганилганда йўлдошдан ҳомилага қараб оқаётган қон оқими артриал типда эканлиги, ҳомиладан йўлдошга қараб эса веноз типда қон оқими кузатилди. Допплерография усули ёрдамида олинган маълумотлар тескари артериал перфузия синдромини ташхислашда ягона мезон бўлади.

Ҳулосалар. Акардиал ҳомилага қон бир артерия орқали келиши ва иккинчи киндик артерияси орқали олиб кетилиши, киндик венаси қон айланишида иштирок этмаслиги аниқланди. Бу эса акардиал ҳомиланинг ўзига хос зарарланишига: ҳомила танасининг юқори қисмида кўп сонли аномалиялар − бош, юз қисми ва қўлларнинг ривожланмаслигига олиб келади. Акардиал ҳомиланинг киндигида, ҳомилага қон олиб келувчи артерияда паст қаршиликга эга арериал типда қон оқими қайд этилиши ва донор ҳомиланинг киндик артерияси билан йўлдошдаги анастомозлар орқали боғлиқ бўлиши аниқланди.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ И КАТАЛАЗЫ ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Хужамбердиев М.А., Маматхуджаев З.С., Вахабов Б.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Инфаркт миокарда, заболевание сердца, обусловленное острой недостаточностью его кровоснабжения, с возникновением очага некроза в сердечной мышце. Ишемическая болезнь сердца и, как следствие, развитие инфаркта миокарда происходит в результате интенсификации свободнорадикальных процессов, которые запускаются активными формами кислорода (АФК).

Главные активные формы кислорода: супероксидный анион-радикал (разрушение мембран эритроцитов), пероксид водорода (вызывает окисление SH-групп белков, перекисное окисление ненасыщенных жирных кислот).

Проявлению негативного повреждающего действия свободных радикалов и перекисных соединений препятствует многокомпонентная антиоксидантная система, обеспечивающая связывание и рекомбинацию радикалов, предупреждение образования или разрушение перекисей. Система антиоксидантной защиты организма в ее современном представлении состоит из двух основных звеньев: ферментативного и неферментативного. Супероксиддисмутаза и каталаза являются важнейшими элементами антиоксидантной защиты организма. Супероксиддисмутаза (СОД) – фермент, играющий ключевую роль в утилизации супероксидных анион-радикалов. Каталаза (КАТ) катализирует двухэлектронное восстановление пероксида водорода до H_2O.

Цель-данной работы - изучение активности супероксиддисмутазы и каталазы в эритроцитах у больных, перенесших инфаркт миокарда, при лечении препаратом «Омакор», являющимся источником Омега-3 жирных кислот.

Обследовано 25 человека, перенесших инфаркт миокарда и обратившихся за лечением в кардиологическое отделение клиники Андижанского государственного медицинского института. В качестве контрольной группы обследовано 7 условно здоровых людей аналогичного возраста (без сердечно-сосудистой патологии).

На основание Холтерского мониторирования были выделены 4 группы больных: 1 – больные без нарушения ритма сердца – (НРС, 9 человек) 2 – больные с выраженным нарушением ритма сердца (6 человек) 3 – больные, получавшие стандартную терапию (5 человек); 4 – больные, получавшие стандартную терапию и комплекс полиеновых жирных кислот Омега-3 (5 человек).

Стандартное лечение заключалось в приеме следующих препаратов: антиагрегантов и антикоагулянтов (ацетилсалициловая кислота, гепарин, варфарин), бетаадреноблокаторов (метопролол, атенолол), ингибиторов АПФ (рамиприл, эналаприл), статинов (симвастин). Источником Омега-3 жирных кислот служил препарат «Омакор», суточная доза которого составляла 1 грамм.

Объектом исследования данной работы служили отмытые от плазмы, упакованные эритроциты. Определение активности СОД осуществляли согласно методу, предложенного Сиротой, по скорости.

В эритроцитах людей контрольной группы активность СОД составила 3201 ± 133 ммоль/мин*гHb. В проведенном нами сравнительном исследовании активности фермента в разных группах выяснено, что активность СОД снижена у всех обследованных пациентов, наименьшая активность фермента выявлена в эритроцитах людей с НРС – 1949 ± 213, что составляет 60% от контрольной величины. Активность каталазы в эритроцитах здоровых людей составила 22,43±2,5 ммоль/мин*гHb. Как и в случае с СОД, активность каталазы проявляет минимальную активность в эритроцитах пациентов с НРС – 67% от уровня в эритроцитах здоровых людей.

У пациентов, принимающих препарат «Омакор» в сочетании со стандартной терапией в качестве профилактического лечения, активность СОД и каталазы была исследованы в динамике: начале лечение, через 3 месяца и через 6 месяцев проведенного курса терапии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что Омега-3 жирные кислоты эффективно действует на антиоксидантную систему организма. Активность СОД достоверно повысилась на 20% после 3-х месяцев приема препарата «Омакор» и на 54% - после 6-ти месячного курса лечения по сравнению с активностью фермента в начале лечения. Активность каталазы увеличилась на 12% после 3-х месяцев приема препарата «Омакор» и на 34% после 6-ти месячного курса лечения.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что препарат «Омакор» можно рекомендовать в качестве дополнительного лекарственного средства для нормализации состояния антиоксидантной защитной системы больным, перенесшим инфаркт миокарда.

ПЛЕЕТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Хужамбердиев М.А., Вахабов Б.М., Ойбекова Г.С., Усманов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

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, «плеетропных» 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±1,2 года в качестве лечения получали строгую гиполипидемическую диету + Roxera в дозе 20 мг в сутки в течение 30 дней. Определяли липидный спектр кровибиохимическими экспресс-анализаторами до и после 30дней проведённого лечения.

После проведённого 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 сходятся с литературными данными. У больных отмечается улучшение адаптационных, резервных возможностях 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.

МЕДИАНА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ

Шамсутдинов В.А., Юлдашева Н.Э.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Еще 50 лет назад острый лейкоз (ОЛ) считался неизлечимым заболеванием. Сегодня же при своевременно проведенном лечении от 45% до 80% пациентов выздоравливают Эти результаты достигнуты благодаря внедрению риск-оптимизированной высокодозной химиотерапии (ХТ), трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и сопроводительной терапии.

Вероятность выздоровления от острого лейкоза (ОЛ) составляет 60-85% и зависит от возраста больного, варианта острого лейкоза, коморбидности, выполнения трансплантации костного мозга и других факторов.

Фактически, интенсификация молекулярной терапии, введение в протоколы лечения и сопроводительного лечения доведены до максимума, выдвигая при этом на первый план необходимость поиска новых видов таргетной терапии различных вариантов ОЛ. Специфические цитогенетические и молекулярно-генетические аномалии становятся ключевыми диагностическими или прогностическими критериями.

По мнению Клинического наблюдательного комитета (2014), в состав которого входит около 100 ведущих специалистов-патологов, гематологов, онкологов, генетиков из многих стран мира, сегодня становятся реальными возможности их широкого применения в клинической практике.

Цель исследования. Анализ бессобытийной выживаемости больных ОЛ, оценка степени информированности специалистов о заболевании ОЛ и возможности выздоровления.

Материалы и методы исследования. Общая характеристика групп обследованных больных Обследовано 70 пациентов с острыми лейкозами, из них 29 женщин (52,3 %) и 41 мужчина (47,7 %).

Результаты исследования. Медиана жизни больных гемобластозами на этапе диагностики опухолевого процесса снижено по всем исследуемым шкалам в 1,4 - 1,9 раза но сравнению с контролем.

На этапе проведения программной иолихимиотера-пии и в период ремиссии регистрируется улучшение показателей медиана жизни, однако шкалы физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья, витальности и психического здоровья не достигают уровня контроля.

Анемический синдром ухудшает качество жизни больных неходжкинскими злокачественными лимфомами по шкалам ФФ на 90 %, РФФ на 95 %, 03 на 65 %, СФ на 77 % и РЭФ на 80 %

Пациенты с острыми лейкозами в дебюте заболевания имеют самые низкие значения показателей медиана жизни как в сравнении с контролем, так и в сравнении с группой больных лимфомами, при этом показатели медиана жизни ниже в группе больных старше 60 лет и при миелобластном варианте заболевания В динамике полихимиотерапии показатели медиана жизни пациентов с острыми лейкозами не изменяются

Показатели медиана 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 медиана жизни больных ОЛ улучшаются, но уровня контроля не достигают

Вывод. Исследование медиана 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.

ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Шахобиддинов Н.В., Юлдашева Н.Э.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ранняя диагностика онкогематологических заболеваний у детей чрезвычайно сложна ввиду неспецифичности первичных симптомов, которые часто скрываются под «масками» других заболеваний. Онкологическая настороженность и знание вероятных симптомов позволит практическому врачу раньше диагностировать данную патологию и, следовательно, существенно улучшить прогноз для больного.

Несмотря на прогресс лабораторной диагностики, выявить лейкоз у детей на ранних этапах сложно, т.к. для появления характерных изменений гемограмме опухоль должна достичь критической массы, а

манифестация ОЛЛ связана с бластной инфильтрацией различных органов с нарушением их функции. Клиническая симптоматика в данном случае опережает лабораторные изменения, и ребенок не госпитализируется в специализированный гематологический стационар

Цель исследования. Изучить особенности современной диагностики у больных острым лейкозом с осложнениям.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали 70 пациентов с диагнозом острого лейкоза с целью диагностики.

Результаты исследования. ОПЛ диагностируется на основании морфологического, цитохимического, цитогенетического, молекулярно-генетического, иммунофенотипирова-ния анализа образца костного мозга.

По инициальным анализам периферической крови, всех пациентов стратифицируют по шкале M. Sanz:

1. Группа низкого риска: лейкоциты $\leq 10x10^9$/л, тромбоциты $\geq 40x10^9$/л;
2. Группа промежуточного риска: лейкоциты $\leq 10x10^9$/л, тромбоциты $< 40x10^9$/л;
3. Группа высокого риска: лейкоциты $> 10x10^9$/л.

По обобщенным данным научно-практических монографий пациенты группы низкого риска составляют 26 %, среднего – 52% и высокого – 22 % от общего числа больных ОПЛ.

Ранее ОПЛ относился к категории лейкозов с очень неблагоприятным прогнозом. Но современные методы программного лечения ОПЛ – применение специфических препаратов – полностью трансретиноевой кислоты (ATRA) и триоксида мышьяка (АТО) в сочетании с полихимиотерапией, позволяют достичь высоких показателей выживаемости пациентов без применения цитостатических препаратов в 80-95 % случаев.

Во время приема препарата ATRA происходит «перепрограммирование» лейкемических промиелоцитов на дальнейшее превращение их в зрелые гранулоциты. Однако стоит отметить, что на фоне приема ATRA, даже если вводятся цитостатические препараты, всегда есть вероятность развития ретиноидного синдрома (РС), или же синдрома дифференцировки опухолевых клеток (фебрильная лихорадка, одышка, признаки острой почечной и/или печеночной недостаточности, задержка жидкости).

При малейших признаках, даже при малейшем подозрении на развитие РС больному назначают дексаметазон 10 мг/м^2 2 раза в день. Обычно признаки ретиноидного синдрома очень быстро купируются, поэтому длительная терапия дексаметазоном не показана. Отмены ATRA обычно не требуется, однако в случае развития тяжелого РС, препарат может быть отменен до купирования РС. Его прием может быть возобновлен в половинных дозах.

В случаях недостаточной эффективности или непереносимости препарата ATRA, рецидива болезни и как самостоятельный препарат для лечения ОПЛ применяется АТО (триоксид мышьяка), который характеризуется высокой эффективностью при умеренной токсичности. По данным научных источников частота достижения полной ремиссии при лечении триоксидом мышьяка составляет 86%.

Среди возможных побочных действий АТО нужно отметить дифференцировочный синдром, аналогичный упомянутому выше синдрому ретиноевой кислоты; реже встречается нарушение сердечного ритма. Следует отметить, что из-за высокой эмбриотоксичности триоксида мышьяка, применение его для лечения ОПЛ у беременных женщин категорически запрещено на любом сроке беременности.

Частота осложнений при полихимиотерапии гемобластозов составляет от 80 % и более случаев, а летальные исходы доходят до 10%.

ОПЛ – смертельно опасное заболевание и если не проводить лечение, то больные погибают в течение нескольких недель, иногда даже считанных дней.

Во всех случаях подозрения на ОПЛ (наличие у пациента характерной морфологической картины бластных клеток, лейкопении, тяжелой коагулопатии, геморрагического синдрома) следует немедленно начинать терапию ATRA и продолжать ее до момента подтверждения диагноза или его опровержения на основе молекулярно-генетического исследования.

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.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Шербоева М.Х.
Факультет кафедры стоматологии и пропедевтики стоматологические болезни
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последнее время, несмотря на проводимые исследования, наблюдается прогрессирующий рост заболеваемости СД, а осложнения приводят к ранней инвалидизации пациентов и летальным исходам.

Нарушения метаболизма и трофические расстройства в тканях при СД существенно влияют на состояние органов полости рта. Стоматологические проявления при СД часто опережают появление общеклинических симптомов основного заболевания, что имеет важное диагностическое значение.

Поэтому знание особенностей изменений СОПР при СД способствует выявлению ранних стадий заболевания, а также правильной оценке местных проявлений общей патологии и выбору лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования. Разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий патологических изменений 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. Обследованы 4549 пациентов (2276 мужчин и 2272 женщин) в возрасте от 22 до 87 лет. Все обследуемые были разделены на 4 группы: 1-я – молодой возраст (22–39 лет); 2-я – средний возраст (40–59 лет); 3-я – пожилой возраст (60–74 года); 4-я – старческий возраст (75–87 лет),

Результаты исследования. . При СД нарушается морфофункциональное состояние СОПР, что особенно выраженно у больных с СД II в стадии декомпенсации, а также на ранних этапах заболевания (до 5 лет) или при его длительном течении (более 10 лет) и в пожилом возрасте; функциональные изменения превалируют при СД I в стадии компенсации.

На фоне СД достоверно повышается индекс дифференцировки клеток практически на всех участках эпителия СОПР, особенно в пожилом возрасте, при этом снижается распространенность клеток IV стадии дифференцировки на фоне достоверного увеличения процента эпителиоцитов V стадии на неороговевающем эпителии и безъядерных чешуек на ороговевающих участках, а также повышается кератинизация эпителия на ороговевающем эпителии и понижается - на неороговевающем, что более выражено при СД II в стадии декомпенсации и при длительности СД более 10 лет.

При СД морфологические изменения СОПР на светооптическом и ультраструктурном уровне проявляются в виде гиперкератоза, акантолиза и нарушения тинкториальных свойств клеток в шиповатом слое, изменений формообразования эпителиоцитов базального слоя, дистрофией во всех слоях СОПР, что более выражено в пожилом возрасте; на этом фоне усиливается ороговение и изменяется форма сосудов на всех локализациях СОПР.

У больных СД увеличивается по сравнению со здоровыми лицами распространенность патогенной и условно-патогенной флоры в этиологически значимом количестве на фоне перераспределения нормальных микроорганизмов во всех группах независимо от типа и стадии СД, особенно на начальных этапах заболевания у больных среднего (40-59 лет) и пожилого (старше 60 лет) возраста.

На фоне СД снижается неспецифическая резистентность на всех участках СОПР, особенно при СД II в стадии декомпенсации, а также на начальных этапах заболевания и у больных молодого возраста (20-39 лет); при этом фагоцитарная активность нейтрофилов ротовой жидкости ухудшается в большей степени при СД I в стадии компенсации и при длительности заболевания свыше 5 лет.

Применение комплекса препаратов Дентим, Дентоник, Дентофам у больных СД нормализует микробиоценоз, повышает неспецифическую резистентность СОПР за счет увеличения на 12% распространенности хорошей и удовлетворительной реакции адсорбции микроорганизмов, улучшает цитологические характеристики эпителия и функциональную активность нейтро-фильных гранулоцитов ротовой жидкости.

Вывод. Изучена зависимость морфофункционального состояния СОПР от типа, стадии, длительности сахарного диабета и возраста больного.

Предложен комплекс патогенетически обоснованных профилактических мероприятий возможных заболеваний СОПР с использованием препаратов Дентим, Дентоник, Дентофам, регулирующих микробиоценоз, местный иммунитет, регенерацию, и доказана его эффективность.

ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Шербоева М.Х.
Факультет кафедры стоматологии и пропедевтики стоматологические болезни
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сахарный диабет - хроническое заболевание, связанное с нарушением углеводного обмена. Развивается постепенно: многие месяцы и годы больные могут ощущать сухость в полости рта, жжение и боль при приеме пищи и разговоре, снижение вкусовой чувствительности, жажду; страдать от обильного и частого мочеиспускания, резкой «беспричинной» потери веса, слабости, снижения работоспособности, высокой восприимчивости к воспалительным процессам.

Цель исследования. Разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий патологических изменений 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 до70 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 остеолизом, что еще больше усугубляет состояние пародонта.

Результаты биохимического исследования смешенной 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 гиперемируется 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%.

На основании полученных данных и проведенному исследованию удалось сделать вывод, что практически все пациенты с сахарным диабетом нуждаются в постоянной стоматологической помощи и определенным рекомендациям.

Вывод. Изучена зависимость морфофункционального состояния СОПР от типа, стадии, длительности сахарного диабета и возраста больного.

Предложен комплекс патогенетически обоснованных профилактических мероприятий возможных заболеваний СОПР с использованием препаратов Дентим, Дентоник, Дентофам, регулирующих микробиоценоз, местный иммунитет, регенерацию, и доказана его эффективность.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ VIII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ И ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ А

Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., ДелкашеваШ.Дж., Гофурова Л.М.
Кафедрагоспитальнойтерапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Послеоперационные тромбоэмболические осложнения являются одними из наиболее опасных для жизни пациентов, поэтому проблема повышения эффективности их профилактики остается актуальной по сегодняшний день. Оперативное вмешательство сопровождается проявлениями триады Вирхова разной степени выраженности.

Хирургическое вмешательство усугубляет гиперкоагуляционную реакцию в системе гемостаза, в том числе и у больных с врожденными нарушениями свертываемости крови, таких как гемофилия, болезнь Виллебранда.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения МА при хирургических манипуляциях и операциях у больных гемофилией А.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 23 больных гемофилией А, получавших заместительную терапию МА на фоне инвазивных манипуляций с 2016 по 2018 гг., в возрасте от 14 до 52 лет (Me – 33 г.), у 17 из них установлена тяжелая, у 3- среднетяжелая, у 3-легкая степень заболевания.

Результаты исследования. Пациентам первой группы произведено 96 вливаний - 237000 МЕ препарата, средняя кратность введений МА на одного больного за госпитализацию составила 5,4; средняя разовая доза МА на одно введение - 34,5 МЕ/кг. Уменьшение отечности, болезненности и восстановление движений в пораженном суставе отмечалось на 2–3 сут. от начала терапии; купирование всех признаков воспаления происходило на 7 сут. Клиническая эффективность препарата у пациентов данной группы удовлетворительная.

При анализе активности ф. VIII в плазме обследованных установлено, что через час после введения МА, в перерасчете на дозу 1 МЕ/кг массы тела, в среднем происходило увеличение уровня фактора на 2,2 %. Больным второй группы осуществлено 58 вливаний-188500 МЕ, средняя кратность введения препарата на одного пациента за госпитализацию составила 11,6; средняя разовая доза концентрата ф. VIII на одно введение - 50,4 МЕ/кг. При анализе активности ф. VIII в плазме обследованных установлено, что через час после введения МА, в перерасчете на дозу 1 МЕ/кг массы тела, в среднем происходило увеличение уровня фактора на 1,8 %.

Только одному больному интраоперационно ввиду травматичности хирургического пособия - остеосинтеза, потребовалась дополнительная инъекция препарата, однако превышения рекомендуемых производителем доз не было.

Объем кровопотери в процессе и после операций ни у одного из пациентов значимо не превышал таковой при сопоставимых манипуляциях у лиц, не страдающих нарушениями гемостаза. Рецидива геморрагического синдрома не наблюдалось. В обеих группах достоверных изменений биохимических показателей до и после введения МА не установлено. Инфекционные осложнения, аллергические реакции, появление ингибитора и другие нежелательные явления на введение лекарственного средства не зарегистрированы.

Вывод. Клинические и лабораторные данные, полученные до и на фоне заместительной терапии МА (154 вливания-425500 МЕ), свидетельствуют о безопасности отечественного рекомбинантного концентрата ф. VIII. Эффективность препарата у всех пациентов была удовлетворительной. Установлено повышение активности ф. VIII на 2,2 % в первой и на 1,8 %-во второй группе при введении 1 МЕ/кг МА. Полученные результаты исследования МА сопоставимы с описанными в литературе результатами применения как нативных, так и рекомбинантных факторов свертывания крови.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОФИЛИЧЕСКИМИ АРТРОПАТИЯМИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р., Ахмедова Х.Ю., Гофурова Л.М.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Гемофилия — наиболее распространенное наследственное заболевание системы гемостаза, характеризующееся снижением в крови уровня антигемофильных факторов: фактора VIII при гемофилии А и фактора IX при гемофилии В. Заболевание вызвано генетическим дефектом. Тип наследования рецессивный, связанный с Х-хромосомой.

Цель исследования. Повысить эффективность малоинвазивных хирургических вмешательств на суставах у больных с гемофилической полиартропатией.

Материалы и методы исследования. В 2021 году в клинике АГМИ проходили лечение 49 больных гемофилией, у всех отмечено тяжелое течение заболевания.

Результаты исследования. Внутрисуставное введение дипроспана (n = 31) привело к снятию болевого синдрома. Рифампициновый синовиортез проведен у 5 больных с хроническим синовитом коленного (n = 3) и локтевого (n = 2) суставов. Предварительно из полости коленного сустава потребовалась аспирация геморрагического содержимого (от 20 до 100 мл).

В одном случае с осумкованной синовиальной полостью потребовалась дополнительная пункция этой полости под ультразвуковым контролем, аспирация содержимого и введение лекарственного средства.

Проведение рифампицинового синовиортеза под ультразвуковым контролем, визуализация иглы в полости сустава позволили минимизировать болевой синдром, в сравнении с группой больных, которым ранее внутрисуставно вводился рифампицин и отмечался выраженный болевой синдром. Внутрисуставное введение хондропротекторов (n = 230) в коленные (n = 130), голеностопные (n = 78) и в локтевые (n = 22) суставы позволило снизить боли в суставах на срок от 6 до 8 месяцев, снять стартовые боли и увеличить объем движений в суставе.

Выводы. Ультразвуковой контроль малоинвазивных хирургических вмешательств на суставах позволяет визуализировать ход операции, оценить степень аспирации жидкости из полости, контролировать распределение лекарственного препарата в полости сустава, исключить внесуставное введение препарата и, соответственно, снизить выраженность болевого синдрома.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УГЛЕВОДОВ РАСТЕНИЯ LAGOCHILUS INEBRIANS

Эгамбердиев Ж.Ж.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Полисахариды растительные и др.) используются в качестве криоконсервантов, кровезаменителей, ростостимулирующих, иммуностимулирующих, антикоагулирующих и других средств. Они также входят в состав питательных сред при культивировании микроорганизмов и при выращивании культуры тканей. Потребность к этим веществам в народном хозяйстве велика.

Источником для получения этих полисахаридов могут служить, отходы лекарственных производстве в больших количествах. К этому числу м ожно отнести растение Lagochilus inebrians, относящееся к сем. Губоцветных - Lamiaceae.

Цель исследования. Целью данного исследования, является комплексное изучение полисахаридов цветков Lagochilus inebrians, установление их моносахаридного состава и определение физико-химических свойств.

Материалы и методы исследования. Объект надземная часть Lagochilus inebrians, произрастающий в Узбекистане.

Предметом исследования являются полисахариды, пектиновые вещества, гемицеллюлозы; содержание, физико-химические свойства углеводов и моносахаридного состава.

В работе использованы: химические методы: экстракция различных типов полисахаридов, осаждение углеводов, полный кислотный гидролиз, количественный анализ моносахаридного состава полисахаридов, Аналитические методы: титрометрический метод.

Результаты исследования. Впервые был выделен и охарактеризован углеводный состав цветков растения Lagochilus inebrians. Изучено количественное содержание полисахаридов, их моносахаридный состав и физико-химические свойства.

Показано, что водорастворимый полисахарид относятся к типу глюкоарабиногалактанам. Изучены пектиновые вещества цветков Lagochilus inebrians.

Результаты исследований показали, что пектин является низкоэтерифицированным полисахаридом.

Частичным кислотным гидролизам ПВ получен галактуронан. Данные ИК-спктроскопии показали, что основу ПВ составляет α-1→4 связанный галактуронан, а нейтральные сахара находятся в боковых ответвлениях.

Вывод. Таким образом, проведено исследование содержания экстрактивных веществ, а также дитерпеноида лагохилина в дикорастущего и культивированного растения лагохилуса опьяняющего. Показана, что содержание лагохилина в культивированном растении на 17-20% выше, чем у дикорастущего. Содержание влаги, общей и хлоридной золы соответствует ГФ для лекарственных растении.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИКОРАСТУЩЕЙ И КУЛЬТУРНОЙ ФОРМ LAGOCHILUS INEBRIANS

Эгамбердиев Ж.Ж.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Самым распространенным видом является Lagochilus inebrians - лагохилус опьяняющий, который произрастает в условиях жаркого климата. Он растет на предгорных равнинах, низкогорьях, на галечниках и выносах рек, иногда по берегам каналов и арыков как сорняк.

Спрос на препараты лагохилуса из года в год повышается, в то время, как природные запасы дикорастущего лагохилуса резко истощаются. В 1962-1963 гг. в Узбекистане были предприняты попытки культивировать это растение путем посева семян дикорастущего растения. Была показана всхожесть семян дикорастущего лагохилуса от 22 до 45%. Однако промышленного выращивания этого уникального лекарственного растения до сих пор нет.

Цель исследования. Изучить сравнительное содержание лагохилина в лекарственном растении лагохилуса опьяняющего, дикорастущего и культивированного в Андижанской области республики.

Материалы и методы исследования. Нами были проведены работы по стандартизации цветков растения, изучение содержание влаги, общей и сульфатной золы цветков растения.

Установлено, что средняя влажность цветков составляет 4,7% от сухой массы растения, общая зола растения - 9,9-10,3%, содержание золы, не растворившиеся в 10% соляной кислоте, - 33,0-33,4%. Эти данные допустимые для лекарственных растений по ГФ.

Результаты исследования. Экстракцию лагохилина проводили водой в соотношении лагохилин - вода - 1 : 15 при температуре 85-90 °С при механическом перемешивании в течение 3-4 ч.

Идентификацию лагохилина контролировали методом тонкослойной хроматографии (Silufol-Kavalier Chechoslovakia 200*200 mm). В качестве элюента использовали систему растворителей: этанол -хлороформ (1 : 3): Проявитель - 10% раствор серной кислоты в этаноле. Методы определения общей и хлоридной золы проводили согласно ГФ [6].

ИК-спектры лагохилина регистриовали на приборе «PerkinElmer» (США) в вазелиновом масле и в таблетках KBr, а спектры ПМР - на приборе «XL-400 Varian» (США) с рабочей частотой 400 МГ ц, растворитель - дейтеропиридин.

Из высушенных листьев и цветков (фотографии приведены в электронном приложении) как культивированного, так и дикорастущего растения лагохилин выделяли методом подщелачивания и экстрагирования дихлорэтаном (схема 1). Сухой экстракт получали методом сублимационной сушки. Количественное содержание экстрактивных веществ и лаго-хилина приведены в таблице.

Из данных, приведенных в таблице, видно, что содержание суммы экстрагированных веществ культивированного ла-гохилуса на 2,0-2,2%, а содержание лагохилина (относительно лагохилину дикорастущего растения) на 17-20% выше, чем у дикорастущего, что соответствует литературным данным [5]. Выделенный дитерпеноид лагохилин, перекристаллизована из ацетона и получена игольчатая моно-гидратная форма лагохилина в виде кристаллов. Полученные кристаллы лагохилина охарактеризованы физико-химическими свойствами и сравнивали с литературными данными. Температура плавления, установленная нами - 168-169 °С, соответствует литературным данным [6]. Анализ ИК- и ПМР-спектров показывает, идентичность со структурой лагохилина описанной в литературе.

Вывод. Таким образом, проведено исследование содержания экстрактивных веществ, а также дитерпеноида лагохилина в дикорастущего и культивированного растения лагохилуса опьяняющего. Показана, что содержание лагохилина в культивированном растении на 17-20% выше, чем у дикорастущего. Содержание влаги, общей и хлоридной золы соответствует ГФ для лекарственных растении.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР ВА ЁШИ КАТТА БЕМОРЛАРДА ЧОВ ЧУРРАСИ БИЛАН АМАЛИЁТЛАРИДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ КУЛЛАШ

Эралиев М.Й., Рафиков М., Кулдошев Д.Т.
РШТЁИМ Наманган Филиали

Муаммони актуаллиги: Юрак ишемик касаллиги бор беморларда умумий интубацион наркоз остида утказилиб наркоздан уйготиш, беморни активлаштириш домий муаммо булиб келган.

Тадкикот максади: Юрак ишемик касаллиги бор ва ёши катта беморларда томир ичи анестетиклари ва наркотик анальгетиклар ишлатмасдан спинал анестезия остида амалиётлари утказиш оркали юрак етишмовчили асоратларини ривожланишни олдини олиш.

Материаллар: РШТЁИМ НФ Анестезиология ва реанимация булими 2019-2020-йиллар мобайнида 34 нафар чов чурраси чуррани кисилиши билан беморларда спинал огриксизлантириш остида амалиёт утказилди. 34 нафар бемордан 7 нафари аёл, 27 нафари эркак. Беморлар 45-75 ёш (уртача 60 ёш). Ушбу беморлардан 11 нафари юрак ишемик касаллиги, инфарктдан кейинги кардиосклероз 23 нафари юрак ишемик касаллиги гипертония касаллиги билан огрийди. 18 та беморда семизлик турли даражалари аникланган. 12 нафар беморларда гиповолемия белгилари булмаган, 2 нафар беморларда енгил даражада гиповолемия белгилари булгани учун амалиётдан аввал киска инфузион терапия утказилган.

Амалиётдан аввал предикация максадида (Аналгин+Димедрол, Атропин м/о) килинди. Люмбал пункция VL2 -VL3 оралигидан № 26G спинал игна ёрдамида амалга оширилган. Бупивикаин (Лонгокаин ХЭВИ) 0,5% эритмасидан 3,5-4,0 мл спинал каналга жунатилди. Беморларда 10-15 дакикада тулик анестезияга эришилди ва амалиётга рухсат берилди.

Натижа: Юрак ишемик касаллиги бор ва ёши катта беморларда чов-ёргок чурраси кисилиши билан шошилинч амалиётлар утказишда тажриба ортирилди.

Утказилган анестезиялар 34 та бемордан 32 тасида гемодинамикаси нисбатан стабил сакланди, инфузион даво максадида факат кристаллоид эритмаларидан фойдаланилди. 2 та холатда артериал кон босимини пастлаши кузатилди ва мезотон 15-30мкг/соат тезликда юбориб киска вактда бартараф этилди. 2 та холатда амалиёт хажми кенгайгани учун умумий наркозга утилди.

Хулоса: Юрак ишемик касаллиги бор ва ёши катта беморларда чов-ёргок чурраси кисилиши билан шошилинч амалиётларда спинал анестезияни куллаш периоперацион даврда анестезиологик хавфни сезиларли камайтиради.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА АМАЛИЁТЛАРИДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯ ОСТИДА ЛЮМБОТОМИЯ ВА МИНИЛЮМБОТОМИЯ УТКАЗИШ

Эралиев М.Й., Рафиков М.
РШТЁИМ Наманган Филиали

Муаммони актуаллиги: Сурункали буйрак етишмовчилиги эрта бокичларида беморларда люмботомия ва минилюмботомия амалиётлари умумий интубацион наркоз остида утказилиб наркоздан уйготиш, беморни активлаштириш домий муаммо булиб келган.

Тадкикот максади: паранефрит билан огриган сурункали буйрак етишмовчилиги турли боскичлари аникланган беморларда томир ичи анестетиклари ва наркотик аналгетиклар ишлатмасдан спинал анестезия остида люмботомия ва минилюмботомия амалиётлари утказиш.

Материаллар: РШТЁИМ НФ Анестезиология ва реанимация булимии 2018-2019 йиллар мобайнида 12 нафар сурункали буйрак етишмовчилиги бор беморларда спинал огриксизлантириш остида 12 та амалиёт утказилди. 12 нафар бемордан 8 нафари аёл, 4 нафари эрка. Беморлар 45-60 ёш (уртача 54,5ёш). Ушбу беморлардан 8 нафарида хамрох хасталиклардан кандли диабет 2 тип мавжуд , барча беморларда симптоматик гипертензия кузатилади.

Амалиётга тайёргарлик даври 24-48 соатни ташкил килган. Марказий веноз катетер урнатилиб ЦВД назорати олибборилди. Премедикация максадида амалиётдан 15-20 дакика олдин (Аналгин+Димедрол, Атропин м/о) килинади. Амалиётдан олдин марказий веноз босим улчанганнда деярли барча беморларда 90-120мм.сув устунига тенг. Люмбал пункция VL1 -VL2 оралигидан № 26G спинал игна ёрдамида амалга оширилган. Бупивикаин (Лонгокаин ХЭВИ) 0,5% эритмасидан 3,5-4,0 мл спинал каналга жунатилди. Беморларда 10-15 дакикада тулик анестезияга эришилди. Бемор ёнбош холатида, керакли холатга келтиришга рухсат берилади. Амалиёт давомийлиги 30-120 дакика атрофида. Психомотор кузгалувчанлиги ута юкори ва куркув хисси кучли беморларда седатив моддалар куллаш мумкин.

Натижа: Сурункали буйрак етишмовчилиги бор беморларда спинал огриксизлантириш остида люмботомия ва минилюмботомия амалиётлари утказишда тажриба ортирилди.

Спинал анестезия уз навбатида кучли регионар анестезияни ва миорелаксация таъминлаш билан бир каторда организм, орган ва системаларда деярли ножуя таъсир курсатмайди. Утказилган анестезияларни барчаси беморлар гемодинамикаси нисбатан стабил сакланди, инфузион даво максадида факат кристаллоид эритмаларидан фойдаланилди.

Беморларда умуман вазопрессорларга ва коллоид эритмаларга эхтиёж кузатилмади.

Сурункали буйрак етишмовчилиги бор беморларда спинал огриксизлантириш утказилганда томир ичи анестетиклари, наркотик анальгетиклар, миорелаксантлар ишлатилмайди. Бундай анестезиядан сунг барча беморлар уйгониши наркоздан чикиши осонлиги бемор эрта фаоллаштириш, эрта тикланиши эрта энтерал озиклантириш кузатилди.

Бирок зарурат булганда беморда интубацияга утиш учун тана холати нокулай булгани учун беморларни танлаб олиш максадга мувофик.

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Болезнь Паркинсона является прогрессирующим мультисистемным заболеванием, вовлекающим дофаминергическую, норадре-нергическую, серотонинерги-ческую и холинергическую системы с широким спектром как двигательных, так и недвигательных(вегетативных, диссомнических, сенсорных, нервно-психических) проявлений.

Некоторые из немоторных симптомов предшествуют моторной манифестации заболевания за 5-20 лет. Выявление биомаркеров премоторной фазы заболевания важно для ранней диагностики и лечения. Ключевые слова: болезнь Паркинсона, премоторная фаза, немоторные симптомы.

Цель исследования. Разработка методов диагностики и дифференцированного лечения пациентов с болезнью Паркинсона и сосудистым паркинсонизмом с применением противопаркинсонических средств и препаратов нейрометаболического действия.

Материалы и методы исследования. Представленное исследование проводилось на базе неврологического стационара. Был проведён ретроспективный анализ 30 клинических историй болезни пациентов с различными формами БП с явлениями клинического полиморфизма, по поводу которого получали стационарное лечение.

Результаты исследования. Клиническая картина синдрома сосудистого паркинсонизма характеризуется преобладанием мышечной ригидности и акинетических расстройств, когнитивными нарушениями с проявлениями сочетания корковых и подкорковых расстройств. У пациентов с БП преобладает дрожательно-ригидная форма заболевания, когнитивные нарушения преимущественно по подкорковому типу.

Развитие СП достоверным образом ассоциировано с артериальной гипертензией, в первую очередь - высокой степени риска, сахарным диабетом 2 типа, перенесенным инфарктом миокарда, мерцательной аритмией. Вероятность развития экстрапирамидных нарушений значительно возрастает при сочетании указанных факторов. Важным фактором риска развития сосудистого паркинсонизма является неадекватный контроль артериального давления.

У больных с сосудистым паркинсонизмом при МРТ достоверно чаще выявляются очаговые (лакунарные) изменения очаги и выраженный лейкоареоз, их частота коррелирует с тяжестью артериальной гипертензии ($r=0,412$; $p<0,01$). У пациентов с БП редко выявляются очаговые изменения мозгового вещества, однако, чаще выявляется внутренняя гидроцефалия. Наличие указанных изменений ассоциировано с более тяжелым течением паркинсонизма является неблагоприятным прогностическим признаком в отношении эффективности проводимой терапии.

Ультразвуковые признаки стенозирующего поражения магистральных и интракраниальных артерий достоверно чаще выявляются у больных с СП, тогда как у пациентов с БП значительно реже встречаются нарушения проходимости церебральных артерий.

Систематическое курсовое применение препаратов нейрометаболического действия (карнитин, мексидол, пирацетам) у больных с БП позволяет замедлить темпы прогрессирования заболевания, обеспечивает возможность снижения дозировок противопаркинсонических средств, в частности, дофасодержащих препаратов.

Назначение нейрометаболических средств больным с СП обеспечивает улучшение когнитивных функций, способствует уменьшению выраженности экстрапирамидных, когнитивных и других неврологических расстройств.

Вывод. Таким образом, обзор методов доклинической и ранней клинической диагностики БП показывает, что, кроме дорогостоящих и малодоступных методик ПЭТ и ОФЭКТ, не существует однозначных биомаркеров премоторной фазы заболевания.

Однако круг этих показателей определен и критерии премоторной фазы БП продолжают разрабатываться, что, возможно, позволит в будущем существенно изменить ход заболевания, используя нейропротективную терапию на этапе, предшествующем гибели значительного числа дофаминергических нейронов черной субстанции.

Для практикующих врачей важно, с нашей точки зрения, понимание того, что БП начинается не с известных клинических симптомов поражения черной субстанции, а с немоторных проявлений заболевания. Их обнаружение позволит правильно определять стратегию лечения и тем самым обеспечит повышение качества жизни пациентов с БП.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Болезнь Паркинсона является прогрессирующим мультисистемным заболеванием, вовлекающим дофаминергическую, норадре-нергическую, серотонинерги-ческую и холинергическую системы с широким спектром как двигательных, так и недвигательных(вегетативных, диссомнических, сенсорных, нервно-психических) проявлений.

Некоторые из немоторных симптомов предшествуют моторной манифестации заболевания за 5-20 лет. Выявление биомаркеров премоторной фазы заболевания важно для ранней диагностики и лечения. Ключевые слова: болезнь Паркинсона, премоторная фаза, немоторные симптомы.

Цель исследования. Целью исследования стала оценка эффективности терапии ППС у больных с БП, в процессе достижения которой решались следующие задачи:

1) провести ретроспективный анализ клинического течения заболевания, выявить наличие дискинезий и моторных флюктуаций;

2) проанализировать наличие побочных эффектов от применения ППС.

Материалы и методы исследования. Представленное исследование проводилось на базе неврологического стационара. Был проведён ретроспективный анализ 30 клинических историй болезни пациентов с различными формами БП с явлениями клинического полиморфизма, по поводу которого получали стационарное лечение.

Длительность заболевания в выборке составила от 3 до 14 лет (8,5±5,2), при этом больные были сгруппированы по 5 пациентов на каждые 2 года анамнеза. Анализировали жалобы, данные анамнеза, объективного и неврологического статуса, эффективность лечения, наличие побочных эффектов терапии.

Результаты исследования. Среди больных преобладали мужчины в соотношении 2:1 (19 человек, 63%), число женщин составило 11 человек (37%). Средний возраст начала заболевания у мужчин составил 56,0 лет, у женщин – 55,9 года; в выборке средний возраст 55,9 года. Самый ранний дебют заболевания у мужчин наблюдался в возрасте 42 года, у женщин – в 34 года. Подавляющая часть больных (24 человека, 80%) нетрудоспособны и имеют группу инвалидности по данному заболеванию.

Эпидемиологические характеристики в выборке соответствовали литературным данным. По формам заболевания обследованные распределились следующим образом: дрожательно-ригидная – у 21 человека (70%); акинетико-ригидная – у 8 человек (27%); дрожательная – у 1 человека (3%).

Темп прогрессирования: умеренный и быстрый. Степень тяжести заболевания оценивалась по шкале Хен-Яру. Соотношение больных по стадиям составило: I стадия – у 2 больных (7%); II стадия – у 5 больных (17%); III стадия – у 20 больных (67%); IV стадия – у 3 больных (10%); V стадия – 0%, то есть преобладали пациенты с III стадией заболевания.

В ходе анализа жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования и неврологического статуса у каждого пациента в данной выборке больных были выявлены следующие моторные нарушения: гипокинезия – у 30 больных (100%); тремор – у 22 больных (73%), мышечная ригидность – у 30 больных (100%), постуральная неустойчивость – у 23 больных (77%). Эти кардинальные симптомы БП в дебюте были асимметричны у всех пациентов. На фоне терапии ППС со временем отмечено снижение их воздействия на основные симптомы болезни.

По данным неврологического статуса, мышечный гипертонус и «феномен зубчатого колеса» выявлен у 20 больных (67%). У 14 пациентов (46%) тремор становится первым симптомом БП; при первичном осмотре в отделении тремор покоя наблюдался у 80% больных, интенционный тремор – у 17 больных (56%), постуральный тремор – у 20 больных (67%).

Вывод. Таким образом, на развернутой и поздней стадиях заболевания происходит трансформация клинической картины БП, в результате которой все более важную роль в структуре клинических проявлений играют осложнения длительной терапии ППС (моторные и немоторные флуктуации и дискинезии), двигательные нарушения и немоторные проявления, которые снижают социальную адаптацию больного.

Выявление осложнений терапии облегчает применение специальных дневников, анкет, которые не применялись в данной выборке.

Они позволяют подбирать оптимальное лечение и отслеживать его эффективность, своевременно выявлять и оценивать выраженность основных побочных действий ППС для проведения адекватной терапевтической коррекции.

Выбор ППС для комбинированной терапии при БП должен проводиться с учетом стандартов лечения и протоколов.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Термином «паркинсонизм» определяют обширную группу заболеваний экстрапирамидной системы мультифакториальной этиологии, для которых характерны двигательные расстройства – брадикинезия, включающая акинезию и гипокинезию, пластическую мышечную ригидность и тремор, составляющие паркинсонический синдром.

Цель исследования. Изучение раннего выявления и лечения болезни Паркинсона.

Материалы и методы исследования. Был проведён ретроспективный анализ 30 клинических историй болезни пациентов с различными формами БП с явлениями клинического полиморфизма, по поводу которого получали стационарное лечение.

Длительность заболевания в выборке составила от 3 до 14 лет (8,5±5,2), при этом больные были сгруппированы по 5 пациентов на каждые 2 года анамнеза. Анализировали жалобы, данные анамнеза, объективного и неврологического статуса, эффективность лечения, наличие побочных эффектов терапии.

Результаты исследования. В ходе анализа жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования и неврологического статуса у каждого пациента в данной выборке больных были выявлены следующие моторные нарушения: гипокинезия – у 30 больных (100%); тремор – у 22 больных (73%),

мышечная ригидность – у 30 больных (100%), постуральная неустойчивость – у 23 больных (77%). Эти кардинальные симптомы БП в дебюте были асимметричны у всех пациентов. На фоне терапии ППС со временем отмечено снижение их воздействия на основные симптомы болезни.

Среди больных преобладали мужчины в соотношении 2:1 (19 человек, 63%), число женщин составило 11 человек (37%). Средний возраст начала заболевания у мужчин составил 56,0 лет, у женщин – 55,9 года; в выборке средний возраст 55,9 года. Самый ранний дебют заболевания у мужчин наблюдался в возрасте 42 года, у женщин – в 34 года. Подавляющая часть больных (24 человека, 80%) нетрудоспособны и имеют группу инвалидности по данному заболеванию.

По данным неврологического статуса, мышечный гипертонус и «феномен зубчатого колеса» выявлен у 20 больных (67%). У 14 пациентов (46%) тремор становится первым симптомом БП; при первичном осмотре в отделении тремор покоя наблюдался у 80% больных, интенционный тремор – у 17 больных (56%), постуральный тремор – у 20 больных (67%).

Темп прогрессирования: умеренный и быстрый. Степень тяжести заболевания оценивалась по шкале Хен-Яру. Соотношение больных по стадиям составило: I стадия – у 2 больных (7%); II стадия – у 5 больных (17%); III стадия – у 20 больных (67%); IV стадия – у 3 больных (10%); V стадия – 0%, то есть преобладали пациенты с III стадией заболевания.

Вывод. Рациональное и комплексное лечение значительно улучшает качество жизни и позволяет пациентам сохранять в течение многих лет достаточную социально-бытовую активность.

СОЗДАНИЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЭВМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ COVID-19

Эргашева З.А., Абдурахимов А.Х., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А., Асланов М.Н., Аскаров О.О.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт

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. Однако эффекты этих регуляторных белков не только локальны, их действие распространяется на весь организм, причем даже в минимальных (пикограммовых) концентрациях. В настоящее время известно около 100 цитокинов, уровень которых в периферической крови может быть повышен при многих заболеваниях, в ряде случаев превышая нормальную концентрацию в десятки и сотни раз. В таких случаях развивается достаточно своеобразная клинико-лабораторная картина под названием "цитокиновый шторм (буря)", подчёркивающим чрезвычайно бурную реакцию клеток иммунной системы, связанную с гиперпродукцией ими преимущественно провоспали- тельных цитокинов.

В связи с отсутствием компьютерных программ по диагностике и прогнозу течения цитокинового шторма при COVID-19 нами было принято решение разработать ЭВМ программу для выявления первых признаков усиления активности иммунокомпетентных клеток, исходя из клинических данных, а также уровня 12 провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, наиболее часто встречающихся в литературе по изучению цитокинового профиля у больных коронавирусом, в том числе и при тяжёлом его течении.

Задачи. Рассматриваемая ЭВМ программа построена на основе алгоритма дедуктивного нечеткого логического вывода, использующего базу нечетких продукционных правил, полученных экспертным методом. Данная модель позволяет представлять как декларативные, так и процедурные знания. Кроме того, использование нечеткости при построении условных высказываний позволяет формально включать в них знания экспертов, выраженные вер- бальными категориями типа "много", "средне", "мало", "часто", "вероятно", "приблизительно столько-то" и т.п.

Области применения. Данную программу можно применить в области здравоохранения (семейные поликлиники, амбулаторные и стационарные учреждения, инфекционные диспансеры) для диагностики степени тяжести коронавирусной инфекции.

Функциональные возможности. Данная ЭВМ-программа имеет ряд возможностей, регистрация больных с учетом следующих показателей:

Основные данные о пациенте: пол (м, ж), возраст (0-100 лет), масса тела, рост, беременность (да, нет), ожирение (нет, I степень, II степень, III степень, IV степень), хронические болезни внутренних органов нет/да (дыхательной системы, сердца, почек, печени), интервал между днем начала болезни и днем обращения к врачу (0-10 дней).

2. Начало болезни (внезапное, острое, подострое, постепенное).

3. Данные осмотра: состояние пациента (лёгкое, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое), жалобы (боль и тяжесть в груди, чувство "нехватки воздуха", головная боль, тошнота, рвота, насморк, кашель, боли в мышцах, диарея), кровохарканье (да, нет), температура тела, цианоз (да, нет), лицо

(гиперемировано, бледное), катаральный синдром (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит), пульс, артериальное давление (систолическое, диастолическое), частота дыхательных движений, влажные хрипы в лёгких (да, нет), крепитация в лёгких (да, нет), конъюнктивит (да, нет), увеличение лимфатических узлов (да, нет), увеличение печени (да, нет), увеличение селезёнки (да, нет), сыпь (да, нет).

4. Лабораторные исследования: общий анализ крови (количество эритроцитов, уровень гемоглобина, цветной показатель, количество тромбоцитов, количество лейкоцитов, количество базофилов, количество эо- зинофилов, количество палочкоядерных нейтрофилов, количество сегментоядерных нейтрофилов, количество лимфоцитов, количество моноцитов, скорость оседания эритроцитов), общий анализ мочи (наличие протеинурии), биохимическое исследование крови (белок, мочевина, креатинин, глюкоза, билирубин, аланинаминотрансферраза, аспартатаминотрансферраза), группа крови больного (I-IV группа), резус-фактор (положительный, отрицательный).

5. Результаты рентгенографии органов грудной клетки (в пределах нормы, расширение корней лёгких, сегментарная пневмония, долевая пневмония, двусторонняя пневмония, тотальная двусторонняя пневмония).

6. Лабораторные признаки цитокинового шторма: Тромбоцитопения и лейкопения, С-РБ (норма до 20 мг/л), D-димер (норма – до 250 нг/мл), ИЛ-6 (норма – 0-300).

Заключение. Определенные в эксперименте вероятность постановки правильного диагноза и состояния цитокинового шторма, чувствительность и специфичность дают возможность использовать данную ЭС в качестве скрининг метода для диагностики гриппа и других ОРВИ и оценки прогноза течения, что, по нашему мнению, может способствовать уменьшению числа диагностических ошибок, особенно среди врачей неинфекционных специальностей.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Эргашева Н.М., Акбарова Р.К., Комилов И.Г., Ганиев С.С., Исмаилов Д.А.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Повсеместная распространенность герпесвирусов (ТВ) в природе, разнообразие путей и способов их передачи, способность к пожизненной персистенции в организме хозяина и пантропность приводят к практически тотальной инфицированности взрослого населения этими вирусами.

У больных с иммунодефицитом, к которым относятся ВИЧ-инфицированные в стадии СПИДа, больные после трансплантации солидных органов, а так же гематологические больные, герпетические инфекции, как правило, характеризуется более тяжелым течением, и могут угрожать жизни больного при отсутствии своевременной диагностики и терапии.

Цель исследования. Определить частоту лабораторного выявления герпесвирусных инфекций у больных гематологического стационара.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 170 больных с различными формами гемобластозов и 22 пациента детского возраста с соматическими заболеваниями. Материалами исследования служили кровь, сыворотка, мазки со слизистой верхних дыхательных путей, костный мозг, ликвор.

Методом NAT – тестирования крови ДНК ЦМВ выявлена в 5,8%, ВЭБ в 15,2% и ВГЧ6 – 8,0%. Серологическое тестирование (ИФА) крови больных определило частоту ЦМВ- серонегативных больных (4,4% взрослых и от 28,6% до 54,5% детей), нуждающихся в серонегативных гемокомпонентах.

Результаты исследования. Установлено, что у гематологических больных, при развитии инфекционных осложнений, достоверно чаще определяются лабораторные признаки* активации ВЭБ (64,31%), реже ЦМВ (21,33%) и ВПГ 1-2 (5,39%) (p = 0,0001).

При развитии пневмонии у гематологических больных, в БАЛ достоверно чаще удалось определить ДНК ВЭБ (43,6%), реже ВПГ 1-2 (29,6%) и ЦМВ (21%). При этом показано, что исследование БАЛ более информативно, чем исследование крови (p = 0,005).

Показано, что метод ИФА и ПЦР в диагностике герпесвирусов взаимно дополняют друг друга. Одновременно признаки активации герпесвирусов двумя методами выявлялись у 1-7% из 64% больных с маркерами активных герпесвирусных инфекций.

В отличие от доноров крови, у больных в дебюте острого лейкоза достоверно чаще выявляли ДНК ВЭБ (79,2% против 51,9%, p = 0,001) и ДНК ВПГ 1-2 (8,3% против 0,8%, p = 0,023). Однако'перед вторым курсом химиотерапии частота выявления маркеров ^ активных герпесвирусов становится статистически неотличима от таковой у доноров крови (ВЭБ - 40%, p = 0,3; ВПГ 1-2 - 2%, p = 0,9).

Выявление маркеров активных герпесвирусных инфекций у больных острыми лейкозами ассоциировано с проявлениями инфекционных осложнений в дебюте заболевания в 77,8% случаев, а ходе лечения в 100% (p = 0,001).

Вывод. При высокой частоте инфицирования герпесвирусами обследованных гематологических больных, отсутствии практики обследования доноров на ЦМВ и проведении массивной гемокомпонентной терапии в период стационарного лечения, 4,4% взрослых пациентов остаются серонегативными по отношению к ЦМВ.

В большей степени ЦМВ-серонегативность проявилась у детей с соматическими заболеваниями, и ее частота составила 54,5% в группе детей в возрасте от ≤ 1 года до 10 лет и 28,6% – в возрасте от 11 до 18 лет, что необходимо учитывать в клинической практике при проведении гемотрансфузий в педиатрии, в том числе при современной тактике внутриутробных обменных переливаний при резус-конфликте.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАБОТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ С ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМИ ЦЕЛЯМИ

Эргашева Н.М., Исмаилов Д.А, Акбарова Р.К., Комилов И.Г., Ганиев С.С.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) в последние годы стала важным компонентом лечения многих гематологических заболеваний, врожденных нарушений иммунной системы, наследственных анемий, некоторых болезней обмена и злокачественных новообразований. Стволовые гемопоэтические клетки для трансплантации получают из трех источников: костный мозг, периферическая кровь и пуповинная кровь (ПК).

В последнее время возрастает количество трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток из пуповинной крови.

Эффективность трансплантации во многом зависит от достаточного количества ГСК, поэтому, важным вопросом является совершенствование методов обработки клеток для обеспечения достаточного количества ГСК в трансплантате и разработка системы критериев отбраковки ПК перед началом ее обработки для помещения в хранилище

Методы исследования. В работе впервые изучено влияние комплекса анте- и интранатальных факторов, пола и антропометрических характеристик новорожденного, технологических особенностей сбора и обработки ПК на эффективность процедуры лейкоконцентрации ПК, проводимой с целью уменьшения объема пуповинной крови для оптимального хранения в банках стволовых клеток, основанной на международных стандартах системы NETCORD. Показано, что эффективность процедуры лейкоконцентрации оптимальна при сборе крови в течение первых 5 минут после пересечения пуповины, сроке гестации от 38 до 40 недель, «чистом весе» образца ПК от 40 до 120 г и доле антикоагулянта в образце ПК от 20 до 40%.

Цель исследования. Усовершенствовать и внедрить критерии отбора ПК для проведения лейкоконцентрации и сохранения в банке стволовых клеток с целью получения максимально эффективного трансплантационного материала для неродственных трансплантаций.

Результаты исследования. Анте-и интранатальные факторы: многоплодная беременность, количество околоплодных вод, состояния хронической и острой гипоксии плода, масса плаценты, длительность безводного периода, способ родоразрешения, пол и масса тела новорожденного не оказывают влияния на эффективность процедуры лейкоконцентрации ПК.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации уменьшается при сборе ПК при третьих и более родах, увеличивается при наличии в анамнезе матери анемии беременных в первой половине беременности, угрозы прерывания беременности во второй половине и инфекционных заболеваний матери, не являющихся противопоказанием к донорству, во второй половине беременности. Максимальная эффективность выделения мононуклеарных клеток (80,11%±0,95, />=0,025) наблюдается при сроке гестации 39 недель, при сроке гестации менее 38 и более 40 недель эффективность процедуры лейкоконцентрации значительно ниже.

При сборе крови в сроки более 5 минут после пересечения пуповины эффективность процедуры лейкоконцентрации снижается, при этом, длительное хранение собранной ПК перед проведением процедуры лейкоконцентрации увеличивает ее эффективность. Эффективность процедуры лейкоконцентрации выше при увеличении длительности периода изгнания плода более 30 минут.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации повышается при увеличении процентного содержания антикоагулянта в образце ПК. Максимальная эффективность процедуры лейкоконцентрации наблюдается при «чистом весе» образца ПК от 60 до 120 г и содержании антикоагулянта в образце в пределах 20 — 40%.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации зависит от количества лейкоцитов и не зависит от количества нормобластов в ПК. Чем больше содержание лейкоцитов в ПК, тем меньше эффективность лейкоконцентрации, при количестве лейкоцитов в ПК более 20 х 10б/мл эффективность лейкоконцентрации снижается значительно.

Вывод. Практическое значение выполненной работы заключается в возможности использования разработанных дополнительные критериев отбора образцов ПК для безвозмездного донорства, которые включены в относительный список противопоказаний, что позволяет оптимизировать процесс работы БСК и получать наиболее эффективный трансплантационный материал.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

О.О. Эшонхужаев., Т. Абдуназаров., З.О. Косимов
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Антибактериальная терапия (АБТ) в гинекологической практике основном проводится без учета рациональных принципов применения АБТ и научных принципов клинической фармакологии, что ведет к неэффективности проводимой терапии, хронизации заболевания и развитии вторичной резистености микробов к антибиотикам.

Цель работы. Изучение безопасности антибактериальной терапии при беременности.

Материал и методы. Материалом исследования были 1378 историй болезней беременных, получивших антибактериальную терапию в 2018 году в 4- родильных комплексах Андижанской области. Работа выполнена в дизайне многоцентрового, ретроспективного, фармакоэпидемиологического исследования.

При изучении безопасности антибактериальной терапии использовалась классификация риска применения лекарственных средств при беременности, разработанная FDA (FoodandDrugAdministration - Управление по контролю за лекарственными и пищевыми продуктами), где все препараты определены в различные категории безопасности от «А» (безопасные при беременности) до «Х» (противопоказанные, ввиду доказанной тератогенности).

Результаты. Общая структура примененных антибактериальных средств выглядит следующим образом: ампициллин назначался – в 638 (42,7%) случаях; бензилпенициллин – в 362 (24,2%); фурадонин – в 254 (17,0%); нитроксолин – в 120 (8,0%); нистатин – в 44 (3,0%); гентамицин – в 27 (1,9%); метронидазол – в 20 (1,3%); бисептол - в 20 (1,3%); линкомицин – в 3 (0,2%); сульфадемизин – в 3 (0,2%); доксициклин – в 2 (0,1%); эритромицин и норсульфазол использовался упо одной пациентки. Применение антибактериальных средств в первом триместре составляет 238 (15,9%) препаратов от общего числа. Из них ампициллин применялся у 105 (44,1%) беременных; бензилпенициллин у 50 (21,0%); фурадонин у 51 (21,4%); нитроксолин у 9 (3,8%); нистатин у 10 (4,2%); гентамицин у 4 (1,7%); метронидазол у 3 (1,3%); бисептол у 5 (2,1%); сульфадемизин у 1 (0,4%) беременной. Во втором триместре использовались 569 (38,0%) препаратов от общего числа. Из них ампициллин применялся у 256 (45,0%) беременных; бензилпенициллин у 108 (19,0%); фуродонин у 109 (19,2%); нитроксолин у 44 (7,7%); нистатин у 23 (4,0%); гентамицин у 13 (2,3%); метронидазол у 6 (1,1%); бисептол у 5 (0,9%); сульфадемизин у 1 (0,2%); линкомицин у 2 (0,4%); доксициклин у 1 (0,2%); норсульфазол у 1 (0,2%) беременной. В третьем триместре использовались 690 (46,1%) препаратов от общего числа. Из них ампициллин применялся у 277 (40,1%) беременных; бензилпенициллин у 204 (29,6%); фурадонин у 94 (13,6%); нитроксолин у 67 (9,7%); нистатин у 11 (1,6%); гентамицин у 12 (1,7%); метронидазол у 11 (1,6%); бисептол у 10 (1,4%); сульфадемизин у 1 (0,1%); линкомицин у 1 (0,1%); доксициклин у 1 (0,1%); эритромицин у 1 (0,1%) беременной.

По результатам исследования только 2,9% из всех примененных антибактериальных средств были безопасными для беременных (категория А); 85,4% - относительно безопасны, риск для плода окончательно не установлен (категория В); 11,7% - представляют потенциальный риск для плода (категория С, D).

Выводы. Таким образом, проводимая антибактериальная терапия при беременности является в большинстве случаев опасной для матери и представляет высокий риск для плода.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРИСТРАСТИЯ

О.О.Эшонхужаев, Т. Абдуназаров, Д.Ф. Зияева, А.Н. Халилов
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Нейрохимические и нейрофармакологические факторы имеют важное значение в развитии зависимости от лекарственных средств, так как являются стимулом для злоупотребления. Существует несколько нейрональных уровней, как интегральных, так и биохимико-фармакологических, которые изменяют функцию системы таким образом, что у индивида возникает желание повторно принять

препарат, чтобы приобрести состояние, пережитое ранее. Это биологическая основа появления лекарственной зависимости.

Цель. Определить нейрохимические и нейрофармакологические факторы лекарственной зависимости и пристрастия

Результаты и обсуждение. При повторных приемах препарата в организме возникают фармакологически индуцированные адаптивные изменения в мозге, вызывающие физическую зависимость. При развитии такого состояния в отсутствие лекарственного воздействия нарушается система нейрональной функции, адаптированная к воздействию препарата, и развивается синдром отмены.

Существуют гипотезы для обоснования фармакологических причин развития зависимости от опиатов, бензодиазепинов и барбитуратов. Так при зависимости от опиатов предполагается воздействие экзогенных стимуляторов на эндогенные опиоидные (энкефалиновые) рецепторы. При этом нарушается синтез эндогенных опиоидов или уменьшается их функциональная значимость, поэтому при прекращении поступления экзогенного стимула нарушается функция эндогенной системы. Через цепь последовательных связей, возможно, сопровождающихся активацией центральной нор адренергической системы, возникает синдром отмены. Клофелин, стимулирующий α_2-адренорецепторы, может ингибировать активность центральных норадренергических процессов и у некоторых лиц подавлять развитие синдрома отмены опиатов.

Сходные механизмы предполагаются и в развитии зависимости от других веществ. Зависимость по отношению к амфетамину может быть следствием адаптивных изменений функции допамина и норадреналина вследствие повышенного высвобождения этих нейромедиаторов под влиянием амфетамина. Зависимость от кокаина может стать следствием изменений, обусловленных ингибированием обратного захвата норадреналина, а зависимость от ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) наступает в результате изменения функции 5-гидрокситриптамина. Фармакологический механизм развития зависимости от индийской конопли и никотина остается неустановленным.

Выводы. При развитии зависимости от алкоголя, бензодиазепинов и барбитуратов внимание обращено на функцию нейромедиатора ГАМК. Полагают, что разными путями алкоголь, бензодиазепины и барбитураты повышают активность ГАМК-рецепторов в определенных зонах мозга, что сопровождается уменьшением активности эндогенной ГАМК. Симптомы отмены обусловлены утратой ингибирующего воздействия ГАМК в мозге. Все эти синдромы имеют общие симптомы, в том числе возбуждение, бессонницу, судороги, тремор, хотя тяжесть проявлений может быть различной.

APPLICATION OF CLOPIDOTHEATER IN PATIENTS ISCHEMIC HEART DISEASE

Yuldashev R.N.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. The most urgent task of cardiology is the prevention of cardiovascular complications (CVC). According to the 2006 recommendations of the American Heart Association and the College of Cardiology, the main components of prevention are: smoking cessation, blood pressure control, achieving target lipid values, regular moderate physical activity, control of body weight and glycemia, antiplatelet and anticoagulants, and renin-angioten blockers ¬zine-al¬dosterone, b-blockers, influenza vaccination. In the primary and secondary prevention of atherosclerosis, the appointment of antiplatelet agents (primarily acetylsalicylic acid - ASA) is advisable and indicated for all persons with a high risk of CVC in the absence of contraindications.

Purpose of the study. To study the effectiveness of clopidogrel in patients with coronary heart disease

Materials and research methods. Clinical efficacy of clopidogrel as monotherapy in patients with chronic coronary artery disease in the clinic AGMI. It included 85 patients with clinical manifestations of atherosclerosis: MI, ischemic stroke, peripheral arterial disease.

Research results. An absolute reduction in the risk of all serious vascular events over 2 years of therapy is shown for patients with a history of myocardial infarction or stroke and for patients with stable angina pectoris ($p = 0.0005$), peripheral atherosclerosis ($p = 0.004$) and atrial fibrillation ($p = 0.01$), as well as for 3-4 weeks of therapy in patients with acute myocardial infarction or stroke. The benefits of antiplatelet therapy significantly outweigh the associated risk of major extracranial bleeding. The most studied antiplatelet agent is ASA at a daily dose of 75–150 mg, at least as effective as the higher dosage. Clopidogrel resulted in a 10% reduction in the incidence of serious vascular events compared with ASA.

Patients received clopidogrel 75 mg or ASA 325 mg / day. within 1-3 years. Clopidogrel led to a significant decrease in the incidence of new ischemic complications (MI, ischemic stroke, and cardiac death): 939 events were noted in the main group and 1020 in the control group (decrease in the relative risk - 8.7%, $p = 0.043$). The maximum benefit was achieved in terms of reducing the risk of MI (by 19.2%). In addition, a significant decrease in the frequency of readmission for ischemic events or bleeding was found in patients who received clopidogrel compared with those who took ASA: from 13.7 to 12.6% (reduction in the relative risk - 7.9%) ...

Subsequent analysis of the study made it possible to identify 5 groups of high-risk patients in whom the benefit of clopidogrel is most significant: aorto-coronary bypass surgery (CABG), the presence of more than one ischemic event in the anamnesis; damage to several vascular pools; diabetes mellitus and hypercholesterolemia.

Conclusions. In conclusion, it should be emphasized that long-term use of clopidogrel is an effective and safe method of secondary prevention of cardiovascular complications in patients with various forms of coronary heart disease (including during myocardial revascularization operations).

ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE

Yuldashev R.N.
Department of Propedeutics of Internal Medicine
Andijan State Medical Institute

Relevance. Due to its prevalence and influence on the development of cardiovascular complications, arterial hypertension (AH) is one of the most pressing problems of modern cardiology. Of particular concern is the increase in the incidence of hypertension among young people of working age, while young people represent a difficult group in terms of diagnosing hypertension, which is associated with the nonspecificity of the clinical manifestations of hypertension in young people and the transient nature of the increase in blood pressure (BP) at the beginning of the development of the disease. Hypertension in young people has a number of features, which are believed to be due to the high prevalence of autonomic disorders, hypercatecholaminemia and high-rorenin humoral profile; however, today there are unresolved problems in diagnosis, and, consequently, treatment and prevention in young patients with increased blood pressure.

Purpose of the study: to determine the value of vascular age and to assess its relationship with the duration of arterial hypertension in young and middle-aged men with initial hypertension.

Material and research methods. At the AGMI clinic, 125 men aged 39.2 ± 6.7 years were examined.

Research results. During the examination according to the classical method, complaints, anamnesis of the disease and life, data of an objective examination were analyzed.

The majority of patients with hypertension had headache in various areas of the head (85%); dizziness, weakness, visual disturbances in isolation were much less common (up to 15%) without significant intragroup differences. There was a tendency to an increase in the frequency of a burdened history of cardiovascular diseases (CVD) and type 2 diabetes in groups from control to patients with long-term hypertension ($p > 0.05$). A similar trend was observed with regular smoking in groups. Qualitative and quantitative signs of alimentary obesity were found significantly more often in comparison with controls in groups I and II (BMI - $p = 0.004$; waist circumference (WT) $p = 0.01$; obesity frequency $\chi 2 = 15.6$, $p = 0.015$). In the office assessment of blood pressure (BP), its systolic and diastolic components (SBP and DBP), as expected, were significantly higher in the groups with AH ($p < 0.001$) compared to controls.

The long course of arterial hypertension, even in the early stages of hypertension, is associated with disorders of carbohydrate and lipid metabolism, impaired renal function, which requires monitoring of these indicators during the initial examination and over time.

High calculated indicators of vascular age have a clear connection with the duration of the course of arterial hypertension in patients, therefore, this integral indicator is quite applicable for assessing the prognosis of the disease in everyday clinical practice.

Conclusions. Vascular age is interrelated with atherosclerotic changes in the cardiovascular system, as well as with fatty degeneration of the liver, which indicates the possibility of using this indicator not only for an isolated assessment of the functional state of the heart and large vessels, but also at the level of the whole organism.

КАТТАЛАРДАГИ КОРОНОВИРУС COVID-19 НИНГ МАХСУС ПРОФИЛАКТИКАСИ

Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти

Дунёда давом этаётган короновирус COVID-19 инфекцияси пандамияси бизни юртимиз Ўзбекистонни ҳам четлаб ўтмади. Бу инфекция инсонларга катта талофат етказиш билан уларнинг ҳаёт тарзини бутунлай ўзгартириб юборди, одамлар яшаш шароитида кўп қийинчиликлар келтириб чиқармоқда. Пандемиянинг олдини олишни энг самарали усули бу аҳоли иммун қатламини яратиш билан амалга оширилади. Буни амалга оширишнинг икки йўли бор, биринчиси аҳолининг 70-80% шу касаллик билан касалланиб бўлганда ҳосил бўлади, бу усул хавфли ҳисобланиб талофат кўп бўлиши ва тиббиётга катта босим кўрсатиши, иккинчи йўли аҳолини шу касалликка қарши эмлаш йўли ҳисобланади.

Кенг тарқаладиган юқумли касалликларга қарши курашишнинг энг самарали усули эмлаш (вакцинация)дир. Бу муолажа оддий ва хавфсиз бўлиб, организмнинг табиий ҳимоя механизмларини

ҳаракатга келтиради ва иммунитетни мустаҳкамлайди. Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти таҳлилларига кўра, юқумли касалликларга қарши эмлаш ҳар йили 3 миллионгача беморлар ўлим ҳолатларини олдини олади.

Эпидемия ва пандемияларнинг олдини олиш ва аҳоли орасида иммун қатлам яратиш мақсадида фаол иммунизация ўтказилиши зарур. Жуда кўп юқумли касалликларнинг кенг тарқалиши, баъзи касалларни қайта-қайта (Грипп) касал бўлишини олдини олишда вакцинациянинг аҳамияти беқиёс. Ўткир респиратор касалликлар, шу қаторда коронавирус инфекцияси ҳам касалланишдан сўнг қисқа муддатли (3-6 ой) иммунитет сақлайди. Шу сабабли аҳоли орасида қайта касалланишни-эпидемиянинг олдини олиш мақсадида эмланса касаллик кенг тарқалишининг олди олинади.

Россия Федерациясида 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган катталарда COVID-19 янги коронавирус инфекциясининг олдини олиш учун иккита вакцина рўйхатдан ўтказилди, бу SARS-CoV-2 га қарши гуморал ва ҳужайра иммунитетини шакллантиради:

• 2020 йил 11-августда бирлаштирилган векторли эмлаш рўйхатдан ўтказилди (Gam-COVID-Vac),

• 2020 йил 13 октябрда пептид антигенга асосланган вакцина рўйхатга олинди ("ЕпиВасСорона").

Бирлаштирилган векторли эмлаш (Gam-COVID-Vac) биотехнология орқали олинади, унда САРС-СоВ-2 вируси ишлатилмайди. Препарат иккита таркибий қисмдан иборат: С-протеин САРС-СоВ-2 (И компоненти) генини олиб юрувчи одам аденовирус серотипи 26 асосида рекомбинант аденовирал вектори ва С-протеин САРС-СоВ генини олиб юрувчи одам аденовирус серотипи 5 асосида рекомбинант аденовирал вектор. 2 (ИИ компонент). Вакцина қоронғи жойда, минус 18 ° С дан юқори бўлмаган ҳароратда сақланиши керак. Эритилган препаратни 30 дақиқадан кўпроқ сақлаш мумкин. Эмлаш икки босқичда амалга оширилади: биринчи навбатда И компонент 0,5 мл дозада, сўнгра 3 ҳафтадан сўнг ИИ компонент 0,5 мл дозада юборилади. Препарат мушак ичига елканинг ташқи юзасининг юқори учдан бирига, агар иложи бўлмаса, кенг мушак латерал мушагига юборилади.

Вакцина музлатилган – 20 дан – 70° С гача бўлган ҳароратда сақланади. Вакцина камида 14-21 кун оралиғида мушак ичига 0,5 мл дозада икки марта елканинг ташқи юзасининг юқори учига, агар иложи бўлмаса - кенг мушак латерал мушакларига юборилади. Россия вакцинаси Спутник V биринчи марта эмланганда 75-78%, иккинчи марта эмланса орадан 2 ҳафта ўтказиб самарадорлик 92-98%. Биринчи эмлашдан 7-8 кун ўтгандан кейин организмда касалликка қарши антитела ишлаб чиқара бошлайди, иккинчи эмлашда эса 1-2 кунда сўнг иммунитет шакллана бошлайди.

Эмлаш куни бемор тиббий ҳароратни мажбурий равишда тана ҳароратини ўлчаш билан текширилиши керак. Агар тана ҳарорати 37 ° С дан ошса, эмлаш қилинмайди. Вакцина киритилгандан сўнг, беморни тиббиёт мутахассиси 30 дақиқа давомида кузатиши керак. Ўзбекистонда Хитойнинг (ZF 2001) ZF2001 Anhui Zhifei Loncom компанияси вакцинаси клиник синовнинг 3 босқичи муваффақиятли ўтказилди, кенг кўламда аҳоли эмланмоқда.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (COVAX –короновирусга қарши эмлаш механизми) томонидан тавсия этилган вакцина АҚШ нинг - BioNTech компанияси томонидан ишлаб чиқарилган Pfizer вакцинаси – 70 0 С сақланиши кераклиги ва Сербияда ўтказилган оммавий эмлашда 35 ҳолатда ножўя таъсир кўрсатганлиги, ҳамда -70 градусда сақланиши кераклиги, Россиянинг Спутник вакцинаси 1 ҳолатда ножўя таъсир кўрсатган ва Россия вакцинаси – 20 0 сақланади. Шулар ҳисобга олинса, Спутник вакцинасини бизни юртимизда вакцинация учун мақсадга мувофиқ бўлади деб ҳисоблаймиз.

ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на успехи, достигнутые в борьбе со многими инфекционными заболеваниями, проблема острых кишечных инфекций в Узбекистане, как и во всем мире, продолжает оставаться актуальной. Острые кишечные инфекции сопровождаются изменениями в системе гемостаза, которые носят фазовой характер и протекает по типу тромбогеморрагического синдрома (ТГС). Установлена связь между тяжестью течения острых кишечных инфекций и выраженностью изменений параметров гемостаза. Развитие ТГС связывают с действием эндотоксина грамотрицательных бактерий. Течение ТГС отягощает обезвоживанием и изменениями реологических свойств крови .

Цель исследования. Влияние обезвоживания и интоксикации на клеточное звено гемостаза при острых кишечных инфекций.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 56 больных с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 5 до 15 лет, распределение больных проводили по тяжести течения и степени обезвоживания. Тяжелое течение болезни наблюдалось у 7 больных; выраженные признаки обезвоживания присутствовали. Среднетяжелое течение болезни установлено у 32 больных, из них у 11

развилось обезвоживание 2ой степени, у 21 больных среднетяжелое течение болезни не сопровождалось развитием обезвоживания. Легкое течение болезни без признаков обезвоживания отмечено у 17 больных.

Параметры гемостаза исследовали при поступление больных в стационар на (1-3-й день болезни) и в период реконвалесценции (6-12-й день болезни). Определяли время рекальцификации плазмы, протромбиновое время, в содержание фибриногена уровень гепарина и антитромбина 111 , фибрина и параметры тромбоэластограммы (ТЭГ).

Среди больных с тяжелым течением болезни и обезвоживанием нарушения реологических свойств крови в 1-й день болезни у них отмечались признаки гиперкоагуляции что проявлялось укорочением временных параметров ТЭГ: К до 82,0 ± 5,7 с. (в контроле 143,2 ± 12,6 с ; p< 0,005) и Т до 749,5 ± 55,3 с. (в контроллe 1007,5± 102,7 с): укорочением времени рекальцификации плазмы до 125,6 ± 2,8 с. (в контроле 142,7 ± 4,7 с; p < 0,05) протромбинового времени до 38,0± + 3,9 с. (в контроле 43,7 ± 2,3 с. p < 0,01) , увеличением содержания фибриногена до 5,5 г\л. В то же время повышалась активиность гепарина антитромбина 111 . Коагуляционный потенциал крови был повышен на протяжении всего срока наблюдения, что соответствовало клиническим проявлением: примесь крови в испражнениях отмечалась до 4-12 го дня болезни. Длительность гиперкоагуляции при этом по видимому обусловлена развитием местного воспалительного- геморрагического процесса.

Среди больных со среднетяжелым течением острые кишечные инфекции была выделена группа с признаками обезвоживания 2ой степени. У большинства из них при поступлении в стационар отмечались укорочение временных параметров ТЭГ (r и К), что указывало на переход 1 фазы ТГС во 11. В период реконвалесценции у большинства больных основные параметры гемостаза восстанавливались до нормы. Быстрое развитие ТГС у этих больных с ранним переходом во вторую фазу соответствовало клиническим особенностям болезни протекавшей по типу гастроэнтерита.

У больных диарея с легким течением болезни при поступлении в стационар отмечались признаки гиперкоагуляци по всем показателям гемостаза. В период выздоровления сохранялась тенденция к укорочению временных параметров ТЭГ., указывало на наличие ТГС в данной группе.

Таким, образом развитие тромбогеморрагического синдрома мы наблюдали у больных всех групп. Выявлена зависимость нарушений в системе гемокоагуляции от тяжести течения болезни. У больных с признаками обезвоживания отмечались более глубокие изменения в системе гемостаза с более быстрым переходом ТГС в фазу гипокоагуляции и последующим быстрым восстановлениям показателей гемостаза до нормы. При преобладании у больных симптомов интоксикации гемокоагуляционные сдвиги соответствовали фазе гиперкоагуляции, развивались значительно медленнее сохраняясь и в период выздоровления.

Среди больных с тяжелым течением болезни и обезвоживанием нарушения реологических свойств крови в сочетании с выраженными гемокоагуляционными сдвигами, могут приводить к развитию тромбогеморрагических осложнений, поэтому следует считать целесообразным назначение таким больным антикоагулянтов и дезагрегантов с лечебной и профилактической целью. В остальных случаях адекватная регидратационная и дезинтоксикационная терапия является достаточной для коррекции гемокоагуляционных нарушений и не требует дополнительного лечения, в частности, назначения гепарина.

Выводы:

1. При острых кишечных инфекциях нарушения в системе гемостаза, протекает по типу тромбогеморрагического синдрома и отражают тяжесть течения и степень обезвоживания.

2.Регидратационная и дезинтоксикационная терапии является достаточной для нормализации показателей гемостаза.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ГЕЛЬМИНТОЗЛАР БИЛАН ХАМРОХЛИКДА КЕЧГАНДА ДАВОЛАШНИ УЗИГА ХОСЛИГИ

Юлдашев Я.М.,
Андижон давлат тиббиёт институти

Жахон Соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда 2 миллиардгача одам паразитар касалликлардан азият чекмоқда. Ўзбекистонда ҳам паразитар касалликлар жамоат саломатлиги учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Паразитар касалликларнинг суринкали вирусли гепатит инфекцияси фонида учраши, улар келтириб чиқарадиган патологиялар кўпинча жиддий ногиронликка ва ҳатто ўлимга ҳам олиб келмоқда.

Ўзбекистонда юқумли касалликлар ичида куп таркалган патологиялардан бири бу суринкали вирусли гепатитлар булиб на фақат тиббиётни, балки давлатлар олдида турган ижтимоий-иқтисодий ахамиятга эга долзарб муаммолардан бири булиб ҳисобланади. Суринкали вирусли гепатитлар баъзи холларда гельминтоз касаллиги хамрохлигида кечиб вирусли гепатитни клиник кечишига салбий таъсир курсатади, яъни касалликни кечишини оғирлаштиради, касаллик чузилиши, сариқлик белгисини узоқ вақт сақланиши мумкин, даволаш сифатига салбий таъсир курсатади. Гельминтозларни даволашда кулланиладиган куп дори

препаратлари жигарга токсик таъсир курсатганлиги сабабли гельминтозларни даволаш вирусли гепатитдан тула тузалгандан сунг амалга оширилади.

Юқоридагилардан келиб чиқиб суринкали вирусли гепатитлар хамрох касаллик гельминтозлардан острица – энтеробиозни даволашда Меҳригиё доривор усимликлар етиштирувчи жамият томонидан таклиф қилинган “Алатоо” сиропини суринкали вирусли гепатит энтеробиоз хамрохлигида кечган касалликларни даволашдаги самарасини кўришни мақсад қилдик. “Алатоо” сиропи папайя меваси ва аччиқ тарвуз шарбатидан тайёрланган бўлиб витаминларга бой, иммунитетни мустаҳкамловчи, хотирани тикловчи, организмдаги захарли моддалардан тозаловчи, жигар фаолиятини яхшиловчи, қон ишлаб чиқаришни фаоллаштирувчи хусусиятга эга булган дори препарати ҳисобланиб, таркибидаги папаин ферменти ошқозон соки каби овқат хазм булишини яхшилаш хусусиятига эга.

Кузатувимизда сурункали вирусли гепатитлар энтеробиоз хамрохлигида касалланган 23 ёшдан 45 гача булган 47 беморлар булиб, улардан 28 тасида суринкали вирусли гепатит В (HBsAq), 19 тасида суринкали вирусли гепатит С ни ташкил қилган. Кузатувдаги беморларни нажас тахлилида острица тухуми аникланган. Олдимизга қуйилган мақсаддан келиб чиқиб беморларни ёши, касалликни оғирлик даражалари бир хил булган 2 -гурухга булинган, биринчи гурух 25 та бемор, иккинчи назорат гурухида эса 22 та беморлар ташкил қилган. Асосий гурух беморлари сурункали вирусли гепатитларни анъанавий даволашга кушимча “Алатоо” сиропидан 2 ош қошиқдан 2 махал овқатдан 30 минут олдин бир хафта давомида ичирилган. Назорат гурухидаги беморлар анъанавий усулда даволанди. Асосий гурух беморлари сироп билан даволаш давридаёқ касалликни клиник белгилари – камқувватлик, корин огриги, иштахасизлик, ични бузилиши, анус атрофида кичишиш белгилари даволашни 4-5 кунлари камайиб, кейинчалик йўқолган. Беморларни кайфияти яхшиланган, тажанглик, теридаги доғлар камайган. Клиник белгиларни йўқолиши назорат гурухига нисбатан тезроқ кузатилган ва яхши самара олинган. Беморлардаги сурункали интоксикация белгилари йўқолган. Тахлилий текширувда нажасда гельминт тухумлари аниқланмаган. Алатоо препаратини салъбий таъсирини беморларда кузатмадик, ичишга қулай булиб ҳисобланади.

Хулоса: шундай қилиб олинган натижалардан келиб чиқиб доривор усимликлардан тайёрланган препарат Алатоо сиропи суринкали вирусли гепатитлар энтеробиоз хамрохлигида кечганда яхши самара берди ва амалиётда қўллашга тавсия этиш мумкин.

КОРОНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА COVID-19 КЕЧИШИ ВА КОВИДДАН СЎНГГИ СИНДРОМ

Юлдашев Я.М, Соломонник О.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти

Короновирус инфекцияси кенг тарқалган респиратор синдром билан кечувчи вирусли касалликлар қаторида ўрганиб келинган бўлса, 2000 йиллардан кейин, тўғрироғи 2002 йилда бу хасталик билан касалланганларда атипик пневмония ривожланиши ва оқибати ўлим билан якунланиши инфекционистлар олдида бу юқумли касаллика эътиборини орттирди ва тарқалиши, келтириб чиқарувчи этиологик омил, клиникаси ва диагностикаси устида изланишлар олиб бориш фаоллашди. 2019 йилдан бошланган эпидемия, 2021 йилда пандемия тусини олиб дунёни ҳамма давлатларига бу касаллик кириб борди ва одамларнинг турмуш тарзини ўзгартириб юборди, иқтисодий, ижтимоий қийинчиликлар пайдо бўлди. Касалликнинг оғир шаклларини даволаш тиббиёт олдига муҳим вазифалар қўйди, ўлим ҳолатлари катта ташвишлар келтириб чиқарди.

Текширув мақсад ва вазифаси. короновирус covid-19 ни Андижон вилояти шароитида клиник кечиши ва касалликдан кейинги ҳолатни ўрганишни мақсад қилдик. Бизнинг кузатувимизда, яъни Андижон вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволанган 21 дан 73 ёшгача бўлган 98 нафар беморлар касаллик тарихлари ўрганилганда қуйидагилар аниқланди. Касаллик ўткир, тана ҳароратининг ошиши, яққол ривожланмаган умумий заҳарланиш белгилари билан бошланган. Шунингдек, 26,5% беморларда нафас олганда кўкрак қафасида оғриқ, йўтал, қуруқ хуштаксимон хириллашлар эшитилиши аниқланган. Шифохонага ётқизилган беморларни 48,9% да пневмония билан асоратланиш кузатилган. Кўкрак қафаси рентгенографиясида ўчоқли ёки интерстициал инфильтратлар аниқланган. Оғир (26,5%) ҳолларда нафас олиш аъзолари фаолияти ёмонлашиб, иккинчи ҳафтада касаллик респиратор-дистресс синдроми ривожланиши, нафас етишмовчилиги ва турли аъзолар функциясининг бузилиши кузатилган. 17,3% бўйин лимфа тугунлари катталашиши аниқланган. 9,1% коронавирус инфекциясининг ўткир гастроэнтерит кўринишида кечиши ҳам аниқланган. Беморларнинг 25 % га яқинига касалликнинг оғир шакли деб ташхис қўйилган. Касалликнинг оғир шаклларида нафас йўлларининг пастки қисмлари жароҳатланиб зотилжам, сепсис, септик шок белгилари пайдо бўлган ва беморнинг ўлишига сабаб бўлган.

Касаллик кечиши ўрганилганда 56% беморларда 4 ҳафтагача давом этган бўлса, 21% беморларда 4-12 ҳафта, 24% беморларда касаллик белгилари 12 ҳафтадан ортиқ даврда кузатилган: беморларнинг 98% тез чарчаш, 90% да мускуллар камқувватлиги, 88% да уйқунинг бузилиши, 23% беморда ўпкадаги ўзгаришлар сақланиб қолган.Пандемия бошланган даврда қўлланилмаган ковиддан кейинги синдром деган атама киритилди.

Хулоса. Шундай қилиб, янги covid-19 касаллиги респиратор касалликлардан фарқли оғир, асоратли шаклларини кўп учраши, ўпкадаги ўзгаришлар бўлиши ва баъзи ҳолларда касалликнинг узоқ (ковиддан сўнгги синдром) давом этиши билан ажралиб туриши аниқланди.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Юнусова З.В., Йўлдошев А.А.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Ишемический инсульт возникает вследствие нарушения поступления крови к отдельным участкам мозга из-за спазмов сосудов, тромбоза или по иным причинам, приняв меры, к профилактике которых можно избежать и инсульта. Чаще всего инсульт становится осложнением при гипертонии и атеросклерозе сосудов. При атеросклерозе на стенках артерий и сосудов откладываются бляшки, образованные холестерином, что сильно ухудшает кровоток. Отложения появляются из-за неправильного питания, переизбытка в пище жиров и недостатка белков, и малоактивного образа жизни. При пониженной физической активности организм не сжигает жиры, поэтому самой простой профилактикой ишемического инсульта может служить здоровое питание и занятия физическими упражнениями. Нужно уделять внимание лечению гипертонии, болезней почек и сердца, которые также вызывают нарушение кровообращения мозга. Вторичная профилактика применяется в случаях, когда больной перенес инсульт, чтобы избежать повторения и поддержать организм. Очень важно не пренебрегать ей, поскольку процент смертности при инсульте составляет примерно 25% в течение первого месяца, и около 40% - в течение года. Повторный инсульт возникает в первый месяц у 5% пациентов, а в последующие годы (5 лет) - у каждого четвертого. Помимо диеты, отказа от курения и алкоголя, уменьшения количества соли в пище, обязательным является и медикаментозное лечение.

Цель исследования – изучение уровня информированности больных с гипертонической болезнью различных по образованию и профессиональному статусу, по осложнениям гипертонической болезни и заболеваний инсультом в частности ишемической формой.

Материалы и методы. В эпидемиологическом исследовании были обследованы группа больных из 86 человек среди прикрепленного населения семейной поликлиники №1 города Андижана. К популяционному анализу подвергались следующие параметры: данные первичного скрининга и опроса, измерение АД, регистрация ЭКГ, антропометрические измерения, обще клинические, физические, лабораторные, биохимические и инструментальные данные. Разработана профилактическая программа по обучению больных с гипертонической болезнью осложнениям данного заболевания. Было изучено степень информированности больных по инсультам. Проведено обучение с помощью интерактивных лекций больных, по темам включающих информацию об осложнениях гипертонической болезни. После проведенного обучения был проведен опрос среди больных, состоящий из вопросов по ключевым аспектам профилактики инсультов.

Результаты. Сравнительно высокий показатель информированности регистрируется у больных со средним образованием (67,0%), в 2,9 раз меньше регистрируется у лиц с высшим образованием (23,0%, $P<0,01$) и наименьшей степенью информированности наблюдается среди обследуемых с начальным (15,0%, $P<0,001$) и колледжным образованиями (3%, $P<0,001$). В зависимости от возраста этот уровень информированности повышается в 9,1 раз ($P<0,001$). После проведенного обучения больных степень информированности по профилактике инсультов значительно улучшилось.

Заключение. В своей повседневной работе врач семейной практики должен особо уделять внимание на профилактике осложнений гипертонической болезни, на улучшение качество жизни больных перенесших различные формы инсультов. Это в свою очередь способствует уменьшению возникновения осложнений и смерти больных.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Юнусова З.В.
Кафедрой пропедивтика внутренний болезни
Андижанский государственний медицинский институт

Актуальность.По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека – им страдают более 3 млрд человек на Земле [4,6,9]. 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. [1,5,11], в мире около 50% детей

дошкольного возраста и беременных женщин имеют анемию. Установлено, что при частоте анемии 20% ДЖ существует у 50% населения в популяции. При частоте анемии 40% и выше вся популяция имеет различные виды ДЖ. В России, по данным разных авторов, ЖДА регистрируется у 6–40% детского населения [2,4,8]. Согласно исследованиям D. Subramanian и соавт. [7,10], 9% детей первых двух лет жизни имеют ЖДА.

Цель исследования.Оптимизация тактики лечения ЖДА у девочек подростков с помощью выбора на основе методов доказательной медицины наиболее эффективного терапевтического плана.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье 160 девушек-подростков 14-19 лет,основную группу составили 110 девушек-подростков с анемией, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии, группу контроля составили 50 здоровых девушек-подростков.

Результаты исследования.Дефицит железа в подростковом возрасте значительно чаще наблюдается у девушек, что обусловлено становлением менструальной функции и большой ежемесячной кровопотерей. Так, проведенное в Японии исследование, показало, что латентная форма недостатка железа развивается у 71,8% школьниц уже через три года после начала менструации. Нормальной считается менструальная кровопотеря, составляющая 30-60 мл в месяц (15-30 мг железа). При полноценном питании, включающем достаточное количество мяса и рыбы, из кишечника может усваиваться до 2 мг железа в сутки, следовательно, при нормальной менструальной кровопотере анемия не развивается. Если же кровопотеря превышает 80 мл в месяц, риск развития анемии даже при нормальном питании очевиден.

Интересен факт, что дефицит железа может развиваться и у подростков, страдающих избыточным весом и ожирением, причем распространенность дефицита железа увеличивается пропорционально увеличению индекса массы тела (ИМТ). Ожирение является фактором риска для развития железодефицитной анемии у подростков обоих полов, но девушки подвержены данному риску почти в три раза чаще. Механизмы развития анемии у лиц, страдающих ожирением, до конца неизвестны, однако неоспоримым является факт несбалансированной высококалорийной диеты при возросших относительно массы тела потребностях в железе.

Предпочтение отдается пероральным препаратам, так как доказано, что разница в скорости нормализации уровня гемоглобина при пероральном и парентеральном применении железа составляет 2-3 дня. Важнейшими требованиями к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике, являются хорошая биодоступность, высокая безопасность, наличие различных лекарственных форм, удобных для пациентов всех возрастов, а также характеристики, обеспечивающие хорошую приверженность лечению.

Лечение железосодержащими препаратами длительное и должно быть направлено не только на нормализацию уровня гемоглобина, но и на восполнение тканевых запасов железа, что может занять от 3 до 6 месяцев. В максимально переносимой дозе лечение проводится до полной нормализации содержания гемоглобина, что происходит не раньше чем через 6-8 недель. Клинические же признаки улучшения появляются значительно раньше (уже через 2-3 дня) по сравнению с нормализацией уровня гемоглобина. Для восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина проводят лечение железосодержащими препаратами в течение 3 месяцев в суточной дозе, которая в 2 раза меньше по сравнению с дозой, применявшейся на этапе купирования анемии. При продолжающихся избыточных потерях железа, например при менструальных кровотечениях, показан прием препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно. При рецидиве анемии показано проведение повторного курса лечения в течение 1-2 месяцев.

Кроме этого, чрезвычайно важна психологическая коррекция, особенно у подростков с протестным и девиантным поведением.

Вывод.Таким образом, диагностика, лечение и профилактика дефицита железа у подростков имеют особенности, которые необходимо учитывать практикующим педиатрам. Кроме того, подростки входят в группу риска по развитию железодефицитных состояний по целому ряду причин, в связи с чем актуальной задачей является разработка новых программ скрининга железодефицитных состояний у подростков с целью своевременной диагностики и лечения.

THE IMPORTANCE OF EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION

Yunusova Z.V.
Department of Pediatrics of Internal Diseases
Andijan State Medical Institute,

The article presents information on the prevalence of arterial hypertension in populations of men and women of different ages, on the increase in predisposition to it depending on age. Also, information on the predominance of the role of 11 risk factors in the male population and 9 risk factors in the female population in the occurrence of hypertension is described in detail .

Relevance. Arterial hypertension (AH) is one of the most pressing medical and social problems today. There are several reasons for this:

1) widespread among the population;

2) this disease corresponds to the majority of cases of disability of the atherosclerotic continuum;

3) insufficient control of blood pressure at the population level [1,2].

Therefore, the creation of a scientific basis for improving the system of early detection and treatment of hypertension has become a necessity in Uzbekistan.

The purpose of the study . The aim of the study was to study the prevalence of hypertension in the male and female population of Andijan using new epidemiological criteria.

Our inspections were organized and conducted in accordance with the requirements of the epidemiological research of the World Health Organization (WHO). In particular, the study used uniform epidemiological methods, and the results were analyzed and evaluated according to the JCCT criteria.

Materials and research methods. For our epidemiological survey, we randomly selected two people aged 15 to 70 years (2184 in 10% of the sample and 1909 in the absolute sample) and in the male group (1579 in 10% of the sample and 1313 in the absolute sample). using random numbers. In our study, we used questionnaire, instrumental, biochemical and epidemiological methods based on WHO recommendations. Epidemiological classification of hypertension is based on the recommendations of the WHO (1999) and the IV Congress of Cardiologists of Uzbekistan.

Research results . Comparative epidemiological characteristics of mean blood pressure levels and prevalence in quintiles were studied in the populations participating in the study.

The results showed that every third man needs active primary, secondary and tertiary preventive measures against this disease. In addition, the mild form of hypertension is the most common (72.6%) among the male population. It was 2.6 times lower (27.9%) than moderate hypertension (R <0.01). AH was revealed, which was 3 times less severe than mild AH.

It should be noted that these results confirm the results of large epidemiological surveys carried out in recent years, and indicate the urgent need for the implementation of the following important epidemiological legislation: special attention should be paid to this group, the intended surveillance of which should remain a daily activity, which allows detection at an early stage. the most dangerous complications of hypertension (stroke, myocardial infarction, disability, etc.) up to 70%.

Only 33.1% of men aged 15-70 know that they have high blood pressure, and 66.9% do not even know about it. It turns out that the subjects were almost unaware of how much they had at almost 100% blood pressure.

Researchers also cite differentiated results in this regard (3) and note that they were mainly obtained in the countries of near and far abroad [4,5]. In Uzbekistan, especially in the Fergana Valley, in recent decades, there has been a sharp decline in such epidemiological data [2].

In general, taking into account the population characteristics of hypertension identified in our study, and, as a consequence, the practice of healthcare organizations, ETHIC effectively improve the existing treatment and prophylactic programs for hypertension, leading to a reduction in the proportion of hypertensive continuity in the population.

Output.

1. Among the male population of Andijan aged 15-70 years and older, the highest level (72.6%) is mild AH, 2.6 times less (27.9%) than the average AH and 3 times less (24 , 5%).) Severe hypertension. was discovered. Every third man needs active primary, secondary and tertiary preventive practice against hypertension.

2. In the female population of Andijan aged 15-70 years and older, in contrast to men, mild AH is 74.3%, AH of 2 degrees - 30.1% and AH of 3 degrees - 26.4%.

ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Юсупов А.Г., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) является важным диагностическим методом, позволяющим проводить наблюдение за пациентом до и после реваскуляризации. ИБС может проявляться в виде приступов стенокардии, различающихся по продолжительности и тяжести. Следует отметить, что при стенокардии напряжения при стандартном ЭхоКГ-исследовании может не наблюдаться изменений сократительной функции левого желудочка (ЛЖ), тогда как при нестабильной стенокардии возможно выявление зон гипо- или акинеза.

Цель исследования: оценить влияние ишемической болезни сердца (ИБС) и хирургической реваскуляризации на показатели деформации (S) и скорости деформации (SR) продольных, циркулярных и радиальных волокон миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. Проведен анализ 450 сегментов ЛЖ у 25 человек с ИБС без перенесенного ИМ с коронарным анамнезом 5,7 ± 4,4 года до и на 12-е сутки после операции коронарного шунтирования (КШ). Средний возраст составил 60,0 ± 8,12 года (от 46 до 75 лет). По данным ЧКВ доминировало трехсосудистое поражение коронарного русла – 19 (76%), двухсосудистое поражение отмечено у 6 (24%) обследованных. Поражение ствола левой коронарной артерии выявлено у 7 (28%) пациентов.

При анализе характера поражения коронарного русла у всех обследованных отмечали преобладание стенозов от 71 до 99%. ЭхоКГ-исследование выполняли на ультразвуковом сканере AcusonX 300 (Siemens) датчиком 1–5 МГц в В-режиме, в режиме дуплексного сканирования (цветовое допплеровское картирование и импульсная допплерография). Оценку деформационных свойств миокарда ЛЖ проводили в режиме постобработки с помощью системы Syngo VVI, Siemens Medical Solutions USA Inc.

Результаты. Изучение средних показателей S и SR показало низкие значения S продольных волокон, снижение S и SR циркулярных волокон, нормальный показатель S и высокий SR радиальных волокон, а также отсутствие изменений деформационных свойств после реваскуляризации. Детальный анализ сегментов выявил снижение показателей S и SR у пациентов в ответ на ИБС в 211 (46,8%) продольных сегментах, в 232 (51,5%) циркулярных и в 116 (25,7%) радиальных волокнах ЛЖ. При этом 239 (53,2%) продольных сегментов, 218 (48,5%) циркулярных и 328 (72,8%) сегментов радиальных волокон имели нормальные и повышенные значения S и SR, а также разные варианты изменений S либо SR. После реваскуляризации деформационные свойства продольных и циркулярных волокон ЛЖ в группе с низкими значениями S и SR улучшились, а также увеличилось количество сегментов с высоким или нормальным значением SR. Нормальные значения S и SR радиальных волокон отмечаются в большинстве сегментов (254 (56,7%)).

Все сегменты с изменением направления движения восстановили свою функцию, однако показатели деформации остались низкими.

Выводы. Технология Velocity Vector Imaging позволяет провести детальный анализ ЛЖ и оценить динамику деформационных свойств продольных, циркулярных и радиальных волокон после реваскуляризации.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Веприцкая Е.В., Жулиева .Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Выявление ранних гемодинамических расстройств в мелких сосудах нижних конечностей у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС) поможет предотвратить развитие тяжелых осложнений. Из существующих методов исследования, которые используются в диагностике диабетической микроангиопатии, несомненным преимуществом обладает лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) ввиду простоты использования, неинвазивности методики, а также отсутствия противопоказаний к применению.

Цель. Оценить вклад нарушений микроциркуляции в развитие и прогрессирование синдрома диабетической стопы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, выявленных с помощью лазерной доплеровской флоуметрии.

Материалы и методы. Дизайн исследования – проспективное эпидемиологическое исследование..В исследовании приняли участие 50 пациентов с I–III степенями СДС по классификации Wagner и 30 здоровых добровольцев. В исследовании оценивался исходный кровоток и гемодинамические расстройства в микроциркуляторном русле нижних конечностей у пациентов с СДС с помощью метода ЛДФ на лазерном анализаторе микроциркуляции крови для врача.

Результаты. Средний возраст пациентов с синдромом диабетической стопы составил 61,9±8,4 лет (min-40, max-83). Исследуемая группа в 48% была представлена женщинами, в 52% – мужчинами. Группа контроля (здоровые добровольцы) в 50% была представлена женщинами, в 50% – мужчинами и их средний возраст составил 60,3±6,4 лет (min-51, max-80). Средний стаж диабета у пациентов с СДС составил 11,6±3,3 лет (min-6, max-22). У больных с СДС выявлены измененные показатели тканевой перфузии, нами было отмечено, что максимальные показатели перфузии наблюдались у пациентов со II-ой степенью СДС (Me = 12,7 пф.ед.), минимальные - с III-ей степенью СДС (Me = 6,9 пф.ед). У пациентов с I степенью СДС были выявлены признаки дилатации мелких артерий и крупных артериол, что не было характерно для пациентов с более тяжелыми стадиями СДС. Также было выявлено, что с прогрессированием степени тяжести СДС у пациентов отмечалось снижение периферического сопротивления сосудов микроциркуляторного русла с усилением кровотока по артериоло-венулярным шунтам. С прогрессированием СДС была отмечена тенденция к снижению пульсовых флаксмоций, что в совокупности со сниженными показателями перфузии свидетельствует об ишемической форме СДС.

Выводы. В результате проведенного исследования у больных с СДС обнаружено снижение величины средней перфузии, что свидетельствует о снижении скорости движения эритроцитов и их концентрации в микроциркуляторном русле. Признаки дилатации мелких артерий крупных артериол при I-ой степени СДС и увеличенные величины перфузии при II-ой степени СДС носят компенсаторный характер и могут рассматриваться как маркеры прогрессирования СДС. Установлено, что уже ранние стадии СДС сопровождаются нарушениями реологических свойств крови и системы гемостаза у этих пациентов.

12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ

Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время одной из основных причин развития слепоты у пациентов сахарным диабетом (СД) и пролиферативной диабетической ретинопатией (ДР) является вторичная неоваскулярная глаукома (НГ) и её осложнения. Неоваскулярная (или диабетическая) глаукома у пациентов этой группы приводит к слепоте в 25 раз чаще, чем в общей популяции и у более чем у 10% этих пациентов имеется инвалидность по зрению.

Цель. Оценка эффективности дренирующих операций при диабетической вторичной некомпенсированной глаукоме, оценка количества осложнений и анализ послеоперационных осложнения.

Материалы и методы. За период 2006–2018 годов (включительно) в клинике ФГБУ «НМИЦ Эндокринологии» были прооперированы 134 пациента (137 глаз) с НГ, средний возраст которых составил 67.7±3.5 лет, продолжительность диабета – 15.6±4.9лет, уровень гликированного гемоглобина до операции – 9.8±1.9%. Всем пациентам была выполнена антиглаукомная дренирующая операция с имплантацией клапанов Ахмеда (123 глаза) и Мольтено (14 глаз). Статистические данные по пациентам с клапаном Мольтено в учет не принимались из-за статистической недостоверности результатов (малое число пациентов).

Результаты. У всех пациентов (100%) в послеоперационном периоде был купирован болевой синдром и в 105 случаях (77%) получено стойкое снижение внутриглазного давления. В 4 случаях (3%) была получена стойкая гипотония глазного яблока из-за отслойки сосудистой оболочки, которая была купирована медикаментозными средствами. В оставшихся 28 случаях (20%) ВГД не было компенсировано и оставалось повышенным (но не превышало 35 мм рт.ст.), что потребовало установку дополнительного клапана (2 случая), назначения комбинированной медикаментозной терапии (5 пациентов) и выполнения контактной транссклеральной диод-лазерной циклокоагуляции (КТДЛЦ) - 21 пациент. раннем п/о периоде отмечались: гифема (24%), катаракта (7%), мелкая передняя камера (4%), закупорка дренажа (3%) и отслойка сосудистой оболочки (1%). В позднем п/о периоде были диагностированы: захват радужки (2%), обнажение дренажной трубки (2%), сосудистое бельмо роговицы (8%) и эпителиально-эндотелиальная дистрофия роговицы (9%).

Выводы. Несмотря на наличие некоторых осложнений, дренажная хирургия диабетической глаукомы у пациентов с СД может считаться «золотым» стандартом хирургического лечения этих пациентов. Перспективно использовать дренажную хирургию в сочетании с другими современными методами лечения (например, КТДЛЦ).

СОСТОЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Расстройства гемостаза занимают в общей патологии человека важное место вследствие того, что являются одним из самых частых патологических состояний, встречающихся в практической медицине, и характеризуются чрезвычайно высокой потенциальной опасностью.

Цель исследования. Изучение показателей плазменно-коагуляционного звена гемостаза у больных с серповидно-клеточной анемией (СКА), промежуточной бета-талассемией (ПТ) и дрепаноталассемией (ДТ), сочетанием СКА и ПТ до и после лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 пациентов с СКА, 30 с ПТ и 26 с ДТ, в возрасте 14– 43 лет, перенесших спленэктомию. Для оценки физиологических параметров исследуемых показателей гемостаза обследована контрольная группа из 30 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. У наблюдавшихся больных с СКА, ПТ и ДТ до операции спленэктомии в различной степени был нарушен гемостаз. Статистически значимых различий между количеством

тромбоцитов в контрольной группе и больными с СКА, до и после спленэктомии не выявлено. Их нормальный уровень коррелировал с нормальными значениями ТАТ, Д-димера и С-протеина и несущественно отличался от повышенных значений АЧТВ, АТ-III, ПТ и концентрации ФГ. По сравнению с этой группой анализ показателей плазменно-коагуляционного звена гемостаза у пациентов с ПТ и ДТ, как до, так и после спленэктомии выявил более достоверные изменения. Нарушения коагуляционного гемостаза свидетельствовали об активации системы в виде гиперкоагуляции и снижения антикоагуляционной функции. После операции при ПТ и ДТ выявлены повышенные средние значения ФГ, ПВ и Д-димера, что свидетельствует об ослаблении активности фибринолиза.

Получены статистически значимые различия агрегационной активности тромбоцитов между группами больных с ПТ и ДТ. У пациентов с ПТ выявлено усиление функциональной активности тромбоцитов по сравнению с контрольной группой и больными с ДТ. Обнаружено увеличение как спонтанной агрегации тромбоцитов, так и индуцированной (АДФ, адреналин, ристомицин). Такая активация тромбоцитов приводит к прогрессированию заболевания с последующим развитием тяжелых осложнений.

Повышение степени тяжести ГКС при СКА, ПТ и ДТ после операции спленэктомии позволяет оценить степень риска возможных осложнений, определить своевременно индивидуальную программу антитромбической терапии и профилактики.

Изучение всех звеньев системы гемостаза в динамике, до и после спленэктомии, с учетом клинических проявлений заболеваний, позволит создать определенную модель влияния увеличенной селезенки на гемостаз, с целью оптимизации медикаментозного и хирургического лечения.

Изучение агрегации тромбоцитов играет большую роль в плане оценки физиологии и патологии системы гемостаза у больных с наследственными аномалиями крови. Важно у больных с ПТ и ДТ, склонных к тромботическим осложнениям, выявлять случаи спонтанной и индуцированной агрегации, что позволит своевременно устанавливать функциональную способность тромбоцитов.

Выводы. Полученные результаты проведенных исследований при наследственной патологии крови свидетельствуют о большой значимости выявленных нарушений системы гемостаза еще на 1 этапе скрининга, что диктует необходимость комплексного обследования этой категории больных.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАБОТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ЦЕЛЯХ

Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Хамидова М.И., Ахмедова Х.Ю.
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность.Трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) является важным компонентом терапии при многих гематологических заболеваниях, врожденных нарушениях иммунной системы, наследственных анемиях, некоторых болезнях обмена и злокачественных новообразованиях; однако, поиск подходящего донора костного мозга - дорогой и длительный путь, и иногда пациент не доживает до трансплантации

В последнее время возрастает количество трансплантаций гемопоэтических стволовых клеток из пуповинной крови. Эффективность трансплантации во многом зависит от достаточного количества ГСК, поэтому, важным вопросом является совершенствование методов обработки клеток для обеспечения достаточного количества ГСК в трансплантате и разработка системы критериев отбраковки ПК перед началом ее обработки для помещения в хранилище.

Цель исследования. Усовершенствовать и внедрить критерии отбора ПК для проведения лейкоконцентрации и сохранения в банке стволовых клеток с целью получения максимально эффективного трансплантационного материала для неродственных трансплантаций.

Методы исследования. В работе впервые изучено влияние комплекса анти - и интранатальных факторов, пола и антропометрических характеристик новорожденного, технологических особенностей сбора и обработки ПК на эффективность процедуры лейкоконцентрации ПК, проводимой с целью уменьшения объема пуповинной крови для оптимального хранения в банках стволовых клеток, основанной на международных стандартах системы NETCORD.

Результаты исследования. Анти - и интранатальные факторы: многоплодная беременность, количество околоплодных вод, состояния хронической и острой гипоксии плода, масса плаценты, длительность безводного периода, способ родоразрешения, пол и масса тела новорожденного не оказывают влияния на эффективность процедуры лейкоконцентрации ПК.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации уменьшается при сборе ПК при третьих и более родах, увеличивается при наличии в анамнезе матери анемии беременных в первой половине беременности, угрозы прерывания беременности во второй половине и инфекционных заболеваниях матери, не являющихся противопоказанием к донорству, во второй половине беременности. Максимальная эффективность выделения мононуклеарных клеток (80,11%±0,95, />=0,025) наблюдается при сроке гестации

39 недель, при сроке гестации менее 38 и более 40 недель эффективность процедуры лейкоконцентрации значительно ниже.

При сборе крови в сроки более 5 минут после пересечения пуповины эффективность процедуры лейкоконцентрации снижается, при этом, длительное хранение собранной ПК перед проведением процедуры лейкоконцентрации увеличивает ее эффективность. Эффективность процедуры лейкоконцентрации выше при увеличении длительности периода изгнания плода более 30 минут.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации повышается при увеличении процентного содержания антикоагулянта в образце ПК. Максимальная эффективность процедуры лейкоконцентрации наблюдается при «чистом весе» образца ПК от 60 до 120 г и содержании антикоагулянта в образце в пределах 20 - 40%.

Эффективность процедуры лейкоконцентрации зависит от количества лейкоцитов и не зависит от количества нормобластов в ПК. Чем больше содержание лейкоцитов в ПК, тем меньше эффективность лейкоконцентрации, при количестве лейкоцитов в ПК более 20 х 10б/мл эффективность лейкоконцентрации снижается значительно.

Вывод. Практическое значение выполненной работы заключается в возможности использования разработанных дополнительных критериев отбора образцов ПК для безвозмездного донорства, которые включены в относительный список противопоказаний, что позволяет оптимизировать процесс работы БСК и получать наиболее эффективный трансплантационный материал.

EFFICIENCY OF THE STUDY OF ETIOTROPE AGAINST V + D VIRUS CHRONIC HEPATITIS VIRUS

Yakubova R.M., Valieva N.M.
Department of Infectious Diseases
Andijan State Medical Institute

Relevance. In recent years, the problem of viral hepatitis, including chronic viral hepatitis, remains one of the most pressing problems in the world. The development of virology and the discovery of hepatotropic viruses (A, V, C, D, E, G) made it possible to study the type of each viral hepatitis from both etiological and epidemiological points of view, to study the features of infectious processes in these viruses. disease. Viral hepatitis and their chronic forms have attracted the attention of many specialists due to their prevalence, complications and consequences, as well as certain difficulties in their treatment. In fact, if acute forms of viral hepatitis are mainly treated by infectious disease doctors, then when the disease becomes chronic, it is treated not only by infectious disease specialists, but also by therapists and gastroenterologists. Even surgeons are involved in the healing process when chronic hepatitis progresses to cirrhosis.

Purpose of the study. To study the effectiveness of a new generation of nucleoside analogues in chronic viral hepatitis V + D in patients (biochemical, histological and viral load) in combination with entecavir, tenofovir and PEG-interferon.

Materials and research methods. The patients of our observation are patients with chronic viral hepatitis V + D treated in the Andijan Regional Infectious Diseases Hospital, the clinic of the Andijan State Medical Institute and partially outpatient treatment in 2016-2019. The patients underwent a new generation of nucleoside analogs, entecavir, tenafovir and PEG-interferon, and after 6 months a second fibroscanning was performed. In our observation, there were only 60 patients aged 18 to 60 years, of which 28 were women and 32 men. The patients were divided into 2 groups: 32 patients in the first control group (including 15 patients with liver cirrhosis and 17 patients with chronic viral hepatitis B + D) with a nucleoside analogue tenofovir (monotherapy) and 28 patients in the second main group. 18 patients (8 patients with liver cirrhosis, 10 patients with chronic viral hepatitis B + D) with nucleoside analogs - Tenofovir + Entecavir and 10 patients with chronic viral hepatitis B + D nucleoside analogs Tenofovir + Entecavir and PEG-interferon were treated.

Most of our patients are from the Andijan region of the Andijan region and the city of Andijan.

Research results. The patients of our observation were patients with chronic viral hepatitis V + D undergoing treatment at the Andijan Regional Infectious Diseases Hospital, the clinic of the Andijan State Medical Institute, and partially on an outpatient basis. Nucleoside analogs include a new generation of entecavir, tenafovir and PEG-

After 6 months, interferon and repeated fibroscan were administered together.

In our observation, there were only 60 patients aged 18 to 60 years, of which 28 were women and 32 were men.

The patients were divided into 2 groups:

In the control group, 32 patients (15 patients with liver cirrhosis and 17 patients with chronic viral hepatitis B + D) received a nucleoside analogue, tenofovir (monotherapy).

In the 2nd main group there were 28 patients, 18 patients (8 patients with liver cirrhosis, 10 patients with chronic viral hepatitis B + D) with nucleoside analogs - tenofovir + entecavir, and 10 patients with chronic viral hepatitis B + D received nucleosides. analogues - Tenofovir + Entecavir and PEG-interferon.

Patients of group 1 (monotherapy) Entecavir 0.5 mg 1 tablet 1 tablet once a day and 400 ml of 5% glucose solution once a day, 4-6 ml of a 5% solution of ascorbic acid once a day once every 3 days 400 ml of rheosorbilact, the solution was dripped.

In addition to Entecavir + Tenofovir, 18 patients of group 2 (combination) received 400 ml of 5% glucose solution once a day, 4-6 ml of 5% ascorbic acid solution once a day and 400 ml of rheosorbilact solution 1 time 3 times. days. 10 (combined) Entecavir + Tenofovir + PEG-interferon in addition to 400 ml of 5% glucose solution 1 time per day, 4-6 ml of 5% ascorbic acid solution 1 time per day, 400 ml of rheosorbilact solution 1 time in 3 days.

Output. The application of the new classification of chronic hepatitis is very helpful not only in determining the type of chronic hepatitis, but also in the replicative activity of the hepatotropic virus, especially in mixed hepatitis. This, in turn, makes it possible to study the mechanism of death of hepatocytes and shed light on the pathogenetic mechanisms of the infectious process, as well as correctly prescribe antiviral treatment and determine its effectiveness.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИОТРОПА ПРОТИВ ВИРУСОВ V + D ВИРУС ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

Якубова Р.М., Валиева Н.М.
кафедры инфекционных болезней
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы проблема вирусных гепатитов, в том числе хронических вирусных гепатитов, остается одной из самых актуальных проблем во всем мире. Развитие вирусологии и открытие гепатотропных вирусов (A, V, C, D, E, G) позволило изучить тип каждого вирусного гепатита как с этиологической, так и с эпидемиологической точки зрения, изучить особенности инфекционных процессов в этих вирусах. болезни. Вирусные гепатиты и их хронические формы привлекли внимание многих специалистов в связи с их распространенностью, осложнениями и последствиями, а также определенными трудностями в их лечении. На самом деле, если острые формы вирусного гепатита в основном лечат врачи-инфекционисты, то когда болезнь переходит в хроническую, ее лечат не только инфекционисты, но и терапевты, гастроэнтерологи. Даже хирурги участвуют в процессе заживления, когда хронический гепатит переходит в период цирроза печени.

Цель исследования. Изучить эффективность нового поколения аналогов нуклеозидов при хроническом вирусном гепатите V + D у пациентов (биохимическая, гистологическая и вирусная нагрузка) в сочетании с энтекавиром, тенофовиром и ПЭГ-интерфероном.

Материалы и методы исследования. Пациенты нашего наблюдения - это пациенты с хроническим вирусным гепатитом V + D, пролеченные в Андижанской областной инфекционной больнице, клинике Андижанского государственного медицинского института и частично амбулаторное лечение в 2016-2019 годах. Пациентам были выполнены аналоги нуклеозидов нового поколения, энтекавир, тенафовир и ПЭГ-интерферон, а через 6 месяцев проведено повторное фиброканирование.В нашем наблюдении было всего 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 28 были женщинами и 32 мужчинами. Пациенты были разделены на 2 группы: 32 пациента в первой контрольной группе (в том числе 15 пациентов с циррозом печени и 17 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D) с нуклеозидным аналогом-тенофовиром (монотерапия) и 28 пациентов во второй основной группе. 18 пациентов (8 пациентов с циррозом печени, 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D) с аналогами нуклеозидов - Тенофовир + Энтекавир и 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D нуклеозидными аналогами Тенофовир + Энтекавир и ПЭГ-интерферон были лечится.

Большинство наших пациентов из Андижанского района Андижанской области и города Андижана.

Результаты исследования. Пациентами нашего наблюдения были пациенты с хроническим вирусным гепатитом V + D, проходящие лечение в Андижанской областной инфекционной больнице, клинике Андижанского государственного медицинского института и частично амбулаторно. Аналоги нуклеозидов включают новое поколение энтекавира, тенафовира и ПЭГ-

Через 6 месяцев было проведено совместное введение интерферона и повторного фиброскана.

В нашем наблюдении было всего 60 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, из которых 28 были женщинами и 32 мужчинами.

Пациенты были разделены на 2 группы:

В контрольной группе 1 32 пациента (15 пациентов с циррозом печени и 17 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D) получали аналог нуклеозидов - тенофовир (монотерапия).

Во 2-й основной группе было 28 пациентов, 18 пациентов (8 пациентов с циррозом печени, 10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D) с аналогами нуклеозидов - тенофовир + энтекавир и

10 пациентов с хроническим вирусным гепатитом B + D получали нуклеозиды. аналоги - Тенофовир + Энтекавир и ПЭГ-интерферон.

Пациенты 1 группы (монотерапия) Энтекавир 0,5 мг 1 таблетка 1 таблетка 1 раз в сутки и 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки 1 раз в 3 дня 400 мл реосорбилакта раствор был закапан.

Помимо Энтекавира + Тенофовира 18 пациентов 2-й группы (комбинация) получали 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки и 400 мл раствора реосорбилакта 1 раз в 3 раза. дней. По 10 (комбинированных) Энтекавир + Тенофовир + ПЭГ-интерферон дополнительно к 400 мл 5% раствора глюкозы 1 раз в сутки, 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки, 400 мл раствора реосорбилакта 1 раз в 3 дня.

Вывод. Применение новой классификации хронического гепатита очень помогает не только в определении типа хронического гепатита, но и в репликативной активности гепатотропного вируса, особенно при смешанном гепатите. Это, в свою очередь, позволяет изучить механизм гибели гепатоцитов и пролить свет на патогенетические механизмы инфекционного процесса, а также правильно назначить противовирусное лечение и определить его эффективность.

КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниёзова Ё М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Современные формы вибрационной болезни, независимо от типа воздействия фактора, характеризуются учащением сочетаний с сердечно-сосудистыми заболеваниями, торпидностью течения, несмотря на прекращение производственного контакта, патоморфозом поражения органов-мишеней поражения. В генезе сосудистых поражений от воздействия вибраций рассматриваются многофакторные изменения: первично-механическое влияние физического фактора, нейрогуморальные и гормональные сдвиги, процессы высокой липопероксидации и формирование системных мембранопатий, нарушение микрогемоциркуляции и гипоксия, синдром регенераторно-пластического дефицита. В процессах ремоделирования сосудов при артериальной гипертензии важная роль принадлежит нарушению структуры и функции эндотелия, ассоциированным с повышением концентрации окисленных атерогенных липидов, дефицитом оксида азота, повышением эндотелина-1, экспрессией васкулоэндотелиального и трансформирующего факторов роста, высокой степенью выраженности процессов воспаления, гормональными и метаболическими нарушениями.

Цель исследования. На основе оценки клинико-функциональных, эндотелиальных, гемостазиологических показателей оптимизировать раннюю диагностику сосудистых нарушений при вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Все пациенты были разделены на группы: 1 -я - 75 больных вибрационной болезнью I степени от воздействия локальной вибрации, средний возраст 47,0 ± 2,4 года, стаж работы с вибрацией составил 15,3 ± 1,4 года; 2-я -69 больных ВБ I степени от воздействия локальной вибрации в сочетании с АГ 1-Н, риск 2-3, средний возраст 47,6 ± 2,1 года, стаж работы с вибрацией составил 15,7 ± 1,2 года; 3-я - 72 рабочих, не контактирующих с вибрационно-шумовым фактором, с диагнозом АГ 1-Н, риск 2-3, средний возраст 46,4 ± 2,8 года. Контроль — 37 человек, работающих на том же предприятии вне контакта с вибрацией, средний возраст 47,5 ± 2,2 года.

Результаты исследования и их обсуждение Маркеры эндотелиальной дисфункции и системного гемостаза при вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией. Согласно результатам исследования, показатели маркеров эндотелиальной дисфункции имели значимые отличия от контрольных цифр. В группе больных ВБ в сочетании с АГ значения индуцибельной ЫО-синтазы (¡N08) оказались ниже контрольных цифр в 3,9 раза ($p < 0,05$), отмечалось нарастание уровня эндотелина-1, превышавшего контрольные значения в 2,5 раза ($p < 0,05$). Показатель трансформирующего фактора роста Р1 (ТвР-Р) в плазме больных с сочетанной патологией значимо превышал не только нормативные цифры в 1,8 раза ($p<0,05$), но и в 1,4 раза отличался в большую сторону от аналогичных данных в группе АГ ($p < 0,05$). Содержание в крови фактора роста эндотелия сосудов (УЕСБ) у больных ВБ в сочетании с АГ превышало контрольные значения в 4,0 раза, тогда как при АГ и ВБ меньше: 2,7 и 3,5 раза соответственно ($p < 0,05$). Больные ВБ в сочетании с АГ имели самые высокие значения молекул адгезии sPECAM-1 (7,8 нг/мл ± 3,1 нг/мл), которые превышали данные контроля (2,3 нг/мл ± 1,1 нг/мл) в 3,4 раза, $p < 0,05$), идентичные показатели у пациентов с ВБ (6,5 нг/мл ± 2,6 нг/мл) - в 1,2 раза, с АГ (5,9 нг/мл ± 2,3 нг/мл) - в 1,3 раза. Однонаправленная динамика прослеживалась в отношении адгезивной молекулы sVCAM-1. Наиболее высокий уровень sP-селектина также был зафиксирован у больных ВБ в сочетании с АГ (79,5 нг/мл ± 10,3 нг/мл) - в 2,4 раза выше, чем в группе контроля (32,6 нг/мл ±4,1 нг/мл), и превышал аналогичные показатели в группах ВБ (61,7 нг/мл ± 6,5 нг/мл) и АГ(53,8 нг/мл ± 4,6 нг/мл) в 1,3 и 1,5 раза соответственно ($p < 0,05$).

При изучении полиморфизма гена NOS3 (e) эндотелиальной дисфункции было установлено, что в группе больных ВБ в сочетании с АГ характерные для лиц с нормальным АД аллели G/G регистрировались менее чем в половине случаев (47,8 %), в то время как полиморфный вариант T/T - в 1,6 раза чаще, чем в контроле (8,7 % по сравнению с 5,5 %, $p < 0,01$), и в 1,3 раза чаще, чем в группах АГ и ВБ - (6,9 % и 6,6 % соответственно, $p < 0,01$).

Выводы. 1. Эндотелиальная дисфункция при вибрационной болезни в сочетании с артериальной гипертензией характеризуется экспрессией сигнальных молекул sPECAM-1, sVCAM-1 и sP-селектина, снижением индуцибельной NO-синтазы, нарастанием уровня эндотелина-1 в сочетании с усиленной выработкой фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и трансформирующего фактора роста (TGF-p 1).

2. Эндотелиальные маркеры при сочетанных вариантах вибрационной болезни и артериальной гипертензии ассоциированы с частотой неблагоприятных полиморфных вариантов генов, в виде нарастания частоты аллелей T/T гена NOS3(e), вариантов аллей T/T гена эндотелина-1 и аллелей G/G гена трансформирующего фактора роста (TGF-pi).

СОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниёзова Ё М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным Всемирной организации здравоохранения, одну треть всех причин смертности взрослого населения (15 миллионов смертей в год во всем мире) составляют сердечно-сосудистые заболевания, связанные с атеросклерозом. Прогрессирующий рост числа больных инфарктом миокарда, широкое его распространение среди социально активной группы населения, утрата трудоспособности и инвапидизация пациентов, приводящие к большим экономическим затратам государства, придают проблеме не только медицинское, но и большое социально-экономическое значение. Показатель заболеваемости внебольничной пневмонией в большинстве стран составляет 10-12%, варьируя в зависимости от возраста, пола, расовой принадлежности и социально-экономических условий обследуемых популяции. Несмотря на известные диагностические приемы и характерные жалобы примерно в 60% случаев пневмония остается нераспознанной, правильный ее диагноз в первые 3 суток ставится только в 35 % случаев, а у 30-40% заболевших устанавливается лишь в конце первой недели болезни. В основе взаимного отягощения ИБС и пневмонии лежит общность ряда факторов риска и звеньев патогенеза, включая курение, гемодинамические, нейрогормональные и иммуновоспалительные сдвиги. Однако, в доступной нам литературе не были найдены данные о распространенности и особенностях сочетанного течения инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии. Не определена динамика и роль про- и противовоспалительных цитокинов, иммуноглобулинов у больных с сочетанным течением инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии.

Цель исследования: Изучить особенности сочетанного течения инфаркта миокарда и внебольничной пневмонии и на основании этого разработать направления их диагностики.

Материалы и методы исследования. На первом этапе с целью изучения частоты встречаемости сочетанной патологии проанализированы 1718 историй болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда и 88 протоколов патологоанатомических исследований умерших от ИМ. На втором этапе наблюдали 120 больных с сочетанной патологией ИМ+ВП (изучение структуры и исходов, анализ клинической симптоматики, результатов рентгенологического обследования). На третьем этапе осуществляли углубленное сравнительное исследование в двух группах больных. Обследованы 57 больных с верифицированным ИМ, среди которых были 48 мужчин и 9 женщин. Средний возраст составил 74,6+4,1 года. Все больные были разделены на 2 группы: в 1-ю (основную) вошли 27 больных ИМ в сочетании с ВП, 2-я группа являлась группой сравнения и состояла из 30 пациентов только с ИМ. В сравниваемых группах проведен анализ клинической симптоматики, данных клинических и биохимических анализов, ЭхоКГ, результатов рентгенологического обследования и результатов определения содержания в крови про- и противовоспалительных цитокинов (11_-1Ь, 1Ь-2, 1Ь-б, Т№-а, 1Ш-у, ГЬ-4, И-10, П.-17,1ёА, ДО, 1ёМ). Все больные в сравниваемых группах были рандомизированы по полу, возрасту и тяжести течения заболевания.

Результаты исследования. На первом этапе работы на основании анализа 1718 историй болезней были получены данные о частоте встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди пациентов, поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения. Частота встречаемости сочетанного течения ИМ и ВП среди больных, поступивших на лечение в отделение кардиореанимации в разные годы наблюдения, колебалось от 5,6% в 2012 году до 8,2% в 2009 году. В среднем, изучаемый показатель за 4 года (с 2009 по 2012 гг.) составил 7,0%. Длительность лечения больных с сочетанным течением ИМ и ВП была, в среднем, на 32% больше, чем сроки нахождения в стационаре больных инфарктом миокарда. Летальные исходы у больных с сочетанной патологией имели место в 2 раза чаще, чем у пациентов ИМ без ВП (16,7% и 8,0% соответственно). При анализе 88 протоколов патологоанатомических

исследований больных ИМ, умерших в первые 48 часов после госпитализации, в 22,7% случаев при вскрытии выявлялись признаки легочного воспаления. Частота расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по внебольничной пневмонии (гиподиагностика) при этом была весьма существенной и достигала до 40% в разные годы. Таким образом, представляется очевидным, что у некоторых больных инфарктом миокарда имела место внебольничная пневмония (до 7% по клиническим данным и до 22,7% по секционным). Указанное сочетанное (ВП) заболевание в ряде случаев не диагностировалось при жизни. 2. Среди больных с сочетанным течением ИМ и ВП в сравнении с пациентами, перенесшими ИМ без ВП, отмечалось более тяжелое течение ИМ с более частым развитием нарушений сердечного ритма (100% и 47%, соответственно), проводимости (15,0% и 3,3%), миокардита (7,4% и 0%), ХСН (29,6% и 16,6%), ранней постинфарктной стенокардии (44,4% и 26,6%).

II –ONALIK VA BOLALIK MUXOFAZASI

НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Далимова Шоирахон Касимджановна
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель. Создать способ индивидуального подбора средств гигиены полости рта для профилактики кариеса.

Материалы и методы. Исследовались зубные пасты «R.O.C.S.» с кальцием, «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, «R.O.C.S.» с фторидом натрия. В пробирку собирали ротовую жидкость пациента. Зубы очищали механически без использования зубной пасты, после чего производили измерение гидрофобности эмали зубов пациента по методу «сидячей капли». Из «банка зубов» подбирали зубы, удаленные по медицинским показаниям, гидрофобность эмали которых соответствовала гидрофобности эмали зубов пациента. В течение 20 секунд зубы очищали зубной щеткой средней жесткости с использованием исследуемого средства гигиены полости рта. В качестве контроля использовали зуб, без очищения средством гигиены. Зубы погружали в ротовую жидкость па
циента, и помещали в термостат при температуре 37 градусов. С интервалом исследования 1 час: определяли время появления зубной бляшки с помощью окрашивания раствором Шиллера-Писарева, поверхность зуба очищали от бляшки и производили оценку гидрофобности эмали зубов методом «сидячей капли».

Результаты. Начало роста зубной бляшки на зубе, без очищения средством гигиены, наблюдалось через 2 часа. Гидрофобность эмали под зубной бляшкой в среднем уменьшалась на 191 % от исходного значения. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с кальцием, начало роста зубной бляшки было зарегистрировано через 3 часа. Гидрофобность уменьшалась в среднем на 186 %.При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 160 %. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с фторидом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 84 %. Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма Данные пасты замедляли скорость образования зубной бляшки с одинаковой эффективностью – на 50 %. Зубная паста, содержащая кальций, увеличивала гидрофобность всего на 5 %, по сравнению с гидрофобностью, на зубе, без очищения зубной пастой. Зубная паста, содержащая монофторфосфат натрия, увеличивала гидрофобность на 31 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия, увеличивала гидрофобность более чем в два раза – на 107 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия в большей степени увеличивала резистентность эмали к действию кислоты.

Выводы. По полученным результатам необходимая кратность чистки зубов составила 4 раза в сутки (после каждого приёма пищи), а более эффективным противокариозным средством оказалась паста, содержащая фторид натрия. Данный метод исследования средств гигиены полости рта позволяет проводить оценку противокариозной эффективности средств гигиены полости рта, как с целью научных исследований, так и в клинике для индивидуального подбора средств гигиены. Метод позволяет динамично контролировать эффективность применяемых средств гигиены и при появлении признаков адаптации микроорганизмов ротовой жидкости к компонентам средств гигиены своевременно поменять его на более эффективные.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Далимова Шоирахон Касимджановна
Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса профессиональной гигиены полости рта у пациентов с сахарным диабетом (СД) и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии АГМИ г.Андижан. Нами было обследовано 30 пациентов с СД и диагнозом хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести в возрасте от 20 до 30 лет. Далее пациенты были разделены случайным образом на 2 группы по 15 человек. 1-й группе пациентов проводился комплекс профессиональной гигиены полости рта, включающий в себя снятие над- и поддесневых зубных отложений, полировку зубов, обучение и коррекцию индивидуальной гигиены полости рта, назначение лечебно-

профилактической зубной пасты и ополаскивателя для полости рта для использования в течение месяца. Во 2-й группе также проводился комплекс вышеперечисленных мероприятий, а в дополнение была выполнена Vector- терапия аппаратом Vector Paro (Durr Dental, Германия). Через 4 недели пациенты были повторно обследованы по указанной выше схеме.

Результаты исследования. Результаты первичного анкетирования показали, что у половины пациентов (47,5 %) имеются жалобы на состояние полости рта. Так, 40 % опрошенных указали на повышенную кровоточивость десен при чистке зубов, а 57,5 % жаловались на гиперестезию твердых тканей зубов от холодного. Упрощенный индекс гигиены Грина-Вермилльона у пациентов с сахарным диабетом в целом находился на удов-
летворительном уровне, однако индекс налета на апроксимальных поверхностях зубов был достаточно высоким. Глубина зондирования пародонтальных карманов не превышала 4 мм, а на ортопантомограмме выявлялась резорбция костной ткани не более чем на 1/3 вершины межзубных перегородок, что соответствует установленному диагнозу хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. pH ротовой жидкости в среднем был ниже 7 единиц. Через месяц после проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта в 1-й группе пациентов выявлено улучшение гигиенического и пародонтологического статуса (снизились значения индексов: OHI-S, API, PMA, BOP). pH ротовой жидкости увеличился. Жалобы на кровоточивость остались лишь у 10 % пациентов, а чувствительность зубов от холодного сохранилась у 30 %. Около 70 % пациентов отметили улучшение состояния зубов и десен через 4 недели после проведенных мероприятий. Однако результаты повторного обследования во 2-й группе пациентов оказались более значимыми. Так, значения всех используемых индексов значительно снизились, что говорит
о более выраженном улучшении гигиены полости рта и состояния пародонта при использовании аппарата Vector. pH ротовой жидкости изменился в щелочную сторону. При этом жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и гиперестезию сохранились всего у 30 % опрошенных. В целом, улучшение состояния полости рта было заметно 90 % пациентов

Выводы. У пациентов с СД типа и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в целом наблюдается неудовлетворительное состояние гигиены полости рта и выраженные признаки воспаления тканей пародонта). Однако после проведенного этапа профессиональной гигиены полости рта отмечается улучшение гигиенического и пародонтологического статуса в данной группе. Наибольшую эффективность показало применение аппарата Vector Paro в комплексе консервативного лечения пародонтита, что подтверждается более выраженными изменениями стоматологических индексов в лучшую сторону и снижением жалоб пациентов.

DIAGNOSTIC MEASURES OF SEASONAL FORM OF ALLERGIC BRONCHITIS IN CHILDREN

Abdullaeva D.A.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Despite the fact that the problem of allergic bronchitis is studied in various directions, many aspects of this complex problem remain unresolved.

Purpose of the study. Study of the dependence of the manifestation of all groups of symptoms of seasonal allergic bronchitis by the severity of the course.

Results. Taking into account the severity of the course of seasonal allergic rhinitis, the patients were divided as follows: mild form - 8 (19.3%), moderate form - 15 (74.4%) and severe form - 19 (33.3%). The highest incidence was noted for the moderate form of seasonal allergic bronchitis.

The clinical symptoms of seasonal allergic bronchitis were conventionally divided into three groups.

The first group of symptoms in the mild form was less pronounced than in the moderate and severe course of the disease. In patients in the comparison group, all three groups of symptoms were less common than in those included in the main group. The third group of symptoms with mild seasonal allergic rhinitis occurred in patients of the main group. The most complete list and qualitatively more pronounced all clinical symptoms were manifested in severe seasonal allergic bronchitis.

Output. Thus, there is a direct quantitative and qualitative dependence of the manifestation of all three groups of symptoms with the severity of the course of seasonal allergic bronchitis. All this must be taken into account when planning the provision of medical and diagnostic assistance to children with allergic rhinitis.

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Абдувалиев Нодирбек Абдухошим ўғли
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучение отношения к профилактическим мероприятиям в полости рта у подростков.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 100 пациентов в возрасте 16 лет, находящихся на обучении в образовательных учреждениях. Было проведено анкетирование, в ходе которого респонденты отвечали на вопросы о наличии вредных привычек; профилактических беседах дома, в образовательных учреждениях, кабинете врача-стоматолога; кратности посещений стоматологического кабинета; разновидности средств гигиены в домашнем арсенале.

Результаты и их обсуждение: вредные привычки (курение) имеют 11 % опрошенных юношей. 51 % посещают врача-стоматолога лишь по нуждаемости, 27 % приходят в клинику 1 раз в год и лишь 22 % молодых людей проходят профилактические осмотры 2 раза в год. Желание получить информацию о средствах личной гигиены отметили 69 % респондентов, 22 % иногда следовали советам врача-стоматолога, а 9 % полагали, что узнают рекомендации из других источников. В кабинете врач рассказывает о средствах личной гигиены полости рта и занимается индивидуальным подбором в 66 из 100 случаев, тогда как в 34 случаях юные пациенты оставались в неведении и полагались на советы сторонних источников и СМИ. Оказалось, что почти половина опрошенных не знают и не используют
дополнительные средства индивидуальной гигиены помимо зубной щетки и пасты 45 %, знают, но не используют 37 %, регулярно используют только 18 % юношей. Из 100 проанкетированных 74 % чистят регулярно зубы 2 раза в день, 25 % чистят зубы только 1 раз за сутки и 1 подросток не прибегает к такому методу индивидуальной гигиены полости рта совсем. При анализе ответов о наличии и разновидности зубной щетки 81 ребенок указал мануальную щетку, 13 – электрическую щетку и 6 имеют в своем арсенале оба вида. На вопросы о частоте приема углеводной пищи (сахаросодержащие продукты) 94 % юношей ответили, что в их жизни присутствует сладкое хотя бы раз в день. Большинство опрошенных школьников (95 %) имели беседы о правильности ухода за полостью рта с врачом или родителями. Тогда как профилактические беседы в образовательных учреждениях развиты не столь обширно (только у 51 % они проводились). На основании полученных знаний 20 % юношей самостоятельно приобретают себе средства гигиены, но 56 % даже не проявляют участия в покупке, полагаясь на выбор родителей. Находясь на последней ступени к взрослой жизни, 44 % подростков уже сами определяют для себя необходимость посещения врача-стоматолога, 29 % прислушиваются к совету родителей, 5 % оставляют контроль учителям, но 22 % проанкетированных остаются без внимания и сами не проявляют инициативы в необходимости регулярных посещений стоматологического кабинета.

Заключение: из проведенного нами исследования можно сделать вывод, что на сегодняшний день осведомленность подростков о своем стоматологическом здоровье и методах профилактики стоматологических заболеваний находится на достаточно низком уровне. Несмотря на попытки со стороны образовательного органа и здравоохранения привить ответственность за свое здоровье у будущего поколения, юные пациенты порой остаются без внимания и становятся безучастными к своему собственному здоровью со столь ранних лет. Необходимо развивать комплекс первичной профилактики среди школьников, мотивировать на поддержание полости рта в здоровом состоянии не только посредством лечения, но и комплекса профилактических мероприятий.

СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев Сардор Солижон Ўғли
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Проблема пневмоний у детей раннего возраста по-прежнему остается одной из самых актуальных в педиатрии. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении этого заболевания оно и сегодня значительно распространено среди детей, является одной из основных причин детской смертности. Пневмония (греч. pneumon – легкое; синоним: воспаление легких) – острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое при наличии синдрома дыхательных расстройств и (или) физикальных данных, а также инфильтративных изменений на рентгенограмме. Заболеваемость пневмонией находится в пределах от 15 до 20 на 1000 детей первого года жизни.

Цель. Своевременная правильная диагностика острых пневмоний у детей, оценка тяжести течения болезни с учетом сопутствующих заболеваний, правильный выбор антибактериальной терапии, снижению осложнений и летальности от пневмоний.

Материальи и методы. Пневмонии делятся на вне и внутрибольничные. Внебольничные пневмонии возникают у ребенка в обычных условиях, внутрибольничные через 72 часов пребывания в стационаре или в течение 72 ч после выписки оттуда.

Обсуждения. Внебольничная пневмония остается важнейшей медицинской проблемой ввиду своей распространенности и высокой летальности. Streptococcus pneumoniae является наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии. Наряду с этим значительную роль играют атипичные возбудители пневмонии (Mycoplasma pneumoniae, Legionella sp., Chlamydia pneumonia), которые вместе ответственны за возникновение примерно 40% случаев внебольничной пневмонии, в качестве основных или ко-патогенов, при этом летальность может увеличиваться и достигать 25%. Лабораторные методы выявления атипичной флоры нельзя назвать рутинными и общедоступными, возбудители не выявляются при окраске по Граму, культивирование этих микробов обычными микробиологическими методами - затруднительно. Отсутствуют достоверные различия клинических и рентгенографических проявлений инфекций, вызванных типичной и атипичной флорой. Поэтому эмпирическая терапия внебольничной пневмонии должна быть выбрана с учетом необходимости подавления и типичной, и атипичной флоры. Важно различать «типичные» формы с четким, гомогенного вида, очагом или инфильтратом на рентгенограмме и «атипичные» с негомогенными, не имеющими четких границ изменениями. Тяжесть пневмонии обусловливается легочно-сердечной недостаточностью, токсикозом и наличием осложнений (плеврит, легочная деструкция, инфекционно-токсический шок). При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний рассасываются за 2-3 недели, осложненные за 1-2 месяца, затяжное течение диагностируется при отсутствии обратной динамики в сроки от 1,5 до 6 месяцев. К госпитализации подлежат: Возраст ребенка менее 2 месяцев, вне зависимости от тяжести и распространенности процесса, возраст до 3 лет при лобарном характере поражения легких, возраст до 5 лет при поражении более чем одной доли легкого. Лейкопения <тыс., лейкоцитоз> 20 тыс, ателектазы, дети с тяжелой энцефалопатией любого генеза, дети первого года жизни с внутриутробными инфекциями, дети с врожденными пороками развития, особенно сердца, дети с сопутствующей бронхиальной астмой, сахарным диабетом, заболеваниями ССС, почек, онкогематологией, дети из плохих социальнобытовых условий, отсутствие гарантированного выполнения лечебных мероприятий в домашних условиях. Диагностируется пневмонии аускультативно и перкуторно. Признаки пневмонии: лихорадка, одышка, кашель, хрипы в легких. Температура выше 38,0°С более 3 дней, одышка в отсутствие признаков бронхиальной обструкции (>60/мин у детей до 2 месяцев, >50 в возрасте 2 - 12 месяцев и >40 у детей 1 - 5 лет), асимметрия влажных хрипов. Гемограммы для диагностики пневмонии не столь значительно, как это принято считать, клинические признаки имеют более высокую диагностическую эффективность. Лейкоцитоз ниже 15х109/л наблюдается в первые дни болезни у 40% больных кокковой и 96% атипичной пневмонией, фактически, столь же часто, как и при бронхитах. И лишь цифры выше 15х109/л позволяют исключить вирусную этиологию поражения нижних дыхательных путей с умеренной вероятностью, поскольку и при бронхитах (РС- вирусных у детей в возрасте 2-3 месяца) такие цифры возможны.

Выводы: При раннем выявлении и своевременной госпитализации в стационары больных детей с острой пневмонией на педиатрических участках педиатрами, снижает летальный исход и назначение адекватной терапии.

РЕАБИЛИТАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев Сардор Солижон Ўгли
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. Проблема пневмоний у детей раннего возраста по-прежнему остается одной из самых актуальных в педиатрии. Несмотря на большие достижения в профилактике и лечении этого заболевания оно и сегодня значительно распространено среди детей, является одной из основных причин детской смертности. Пневмония (греч. pneumon – легкое; синоним: воспаление легких) – острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое при наличии синдрома дыхательных расстройств и (или) физикальных данных, а также инфильтративных изменений на рентгенограмме. Заболеваемость пневмонией находится в пределах от 15 до 20 на 1000 детей первого года жизни.

Цель настоящего исследования: выделить клинико-лабораторные особенности пневмоний у детей 3-15 лет, обосновать подходы к медикаментозной реабилитации.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена в 2020-2021 годах в на базе кафедры педиатрии Андижанской государственной медицинской институте им. Ю.А. Атабековаи I педиатрического отделения ОДММЦ г. Андижане.

Результаты определения иммуноглобулинов к вирусам оценивались как положительные при значении более 1,1, сомнительные - при 0,8-1,1, отрицательные - при уровне менее 0,8. ДНК Micoplasma pneumoniae в мокроте и Chlamydophila pneumoniae в соскобах с задней стенки глотки определяли в качественном тесте методом ПЦР с детекцией в агарозном геле (электорофорез) с использованием реагента

«GenePak© DNA PCR test» производства ООО «Лаборатория ИЗОГЕН» (Россия) на следующем оборудовании: амплификатор «Терцик» производства «ДНК-технология» (Россия); электрофоретическая камера производства ООО «Helicon» (Россия) и УФ-трансиллюминатор и видеосистема учета результатов производства «БиоРад» (США) на базе ООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО». Забор материала для исследования производился по месту лечения пациентов.

Методы лечения и реабилитации. Лечение пневмонии в условиях неспециализированного отделения многопрофильного детского стационара проводилось в соответствии с установленными стандартами, с использованием антибактериальной терапии и симптоматического лечения по показаниям (средств, влияющих на кашель, бронхоспазмолитиков, антипиретиков). На лихорадочный период болезни был назначен постельный режим. Оральная дезинтоксикация назначалась всем пациентам по физиологическим потребностям, по показаниям проводилось внутривенное вливание жидкости. Из методов физиолечения применяли СМТ грудной клетки, магнитотерапию. Препаратами выбора антибактериальных средств при среднетяжелом течении пневмонии становились цефалоспорины 1-Ш поколения, комбинированные антибиотики аминопенициллинового ряда. При необходимости использовались сочетания с аминогликозидами, линкозаминами или макролидами. После выписки из стационара 25 детей группы с реабилитацией (наблюдения) получили следующий курс реабилитации: индуктор интерферона по профилактической схеме на 3-5 недель, водный раствор 2 % бета-каротина на 1 месяц (регистрационный номер СГР Ж77.99.3.У.11310.10.06 от 27.10.2006г., ТУ 9197-033-58693373-06.) и глюкозаминилмурамилдипептид (Ликопид® регистрационный номер: ЛС-001438), стимулирующий функциональную активность фагоцитарных клеток, клеточные и гуморальные факторы местного и системного иммунитета, курсом на 10 дней. Из индукторов интерферона у детей 3-4 лет использовали метилфенилтиометил-диметиламинометил-гидроксиброминдол карбоновой кислоты этиловый эфир (арбидол®, регистрационный номер: Р N003610/01-100507) или анаферон (регистрационный номер: Р №000372/01 от 31.05.2007г.) по профилактической схеме; пациентам 4-6 лет назначался меглюмина акридон ацитат (циклоферон® регистрационный номер: Р №001049/02 от 05.04.2010) по схеме в течение 3 недель; с 6 лет - кагоцел.

Вывод. Динамика первичной заболеваемости пневмонией детей Пермского края в возрасте от 0 до 14 лет имела тенденцию к увеличению в среднем на 4,33 % ежегодно; темп прироста снижался с 5,25 % в 1997 году до 3,83 % в 2011-м. Показатель заболеваемости пневмонией увеличился с 1995 года в 1,4 раза, ее доля в структуре первичных болезней органов дыхания уменьшилась на 18,6 %.

PECULIARITIES OF VEGETATIVE STATUS IN HEALTHY ADOLESCENTS WITH HYPERTONIC CONDITIONS

Abdullaeva D.A.
Andijan State Medical Institute

It is known that the adaptive reactions of the circulatory system are provided by the coordinated work of the heart, blood vessels and the volume of circulating blood, united by one indicator - the level of blood pressure. They are an integrative value, since it gives an idea of the activity of the heart (CV) and the tone of the vascular wall (peripheral resistance). The main factors affecting the state of blood pressure are the amount of blood entering the vascular system per unit time and the tone of the vascular walls. Normally, there is an inverse relationship between MO and peripheral resistance, which is characterized by the fact that with an increase in MO, a corresponding expansion of peripheral vessels (arterioles) occurs

Central regulation of the vascular wall tone is carried out through sympathetic impulses emanating from the vasomotor center located in the medulla oblongata. The appearance of dysfunction of the vasomotor center leads to a violation of the relationship between cardiac output and peripheral resistance, which is reflected in blood pressure indicators. This dependence is common for all types of blood circulation (hyper-, hypo- or eukinetic). Even with normal values of peripheral blood pressure resistance

increased with arterial hypertension or decreased with arterial hypotension for a given MO of blood. The resulting disturbances in the regulation of blood circulation are always accompanied by the involvement of humoral factors in the pathological mechanism: the renin-angiotensin-aldosterone and kinin-kallikrein systems, catecholamines, prostaglondins, etc. Developed vascular disorders are leading in the emergence of VSD syndrome. Their size and nature can be judged by the level of blood pressure.

According to the definition of GF Laig (1975), hypertension is a consequence of a violation of the type of "neurosis" of the function of the higher cortical and hypothalamic centers that regulate blood pressure. By the definition of A.L. Myasnikov (1967), hypertension is understood as hypertension caused by primary disorders of the cortical and subcortical regulation of the vasomotor system as a result of a disorder of higher nervous activity with subsequent involvement of humoral factors in the pathological mechanism.

The etiological moment of the disease is the overstrain of the sphere of higher nervous activity under the influence of psychoemotional influences. At the same time, there are not only exogenous, but also endogenous factors underlying the disease, which determine it.

The frequency of hypertension among the population varies depending on:.!;: On various factors, ka, to something: gender, age, hereditary and families: -: predisposition climatic and geographical conditions, conditions of life, etc. difficulties also arise due to the fact that the question of the normal value of blood pressure is still not resolved. At the same time, the specificity of all hypertension among other somatic diseases is very significant.

Until now, both abroad and in our country, few studies have been carried out to establish the frequency of hypertension among the population since childhood (E.P. Fedorova. 1965; N.F. Ravkin. 19 ~ 4. Z.M. Volynskyidr, 1974; Paul Ostfeld, 1965: Hamada et al., Armitage et al. 1966: Falikiewiczetal., 1966). These data are clearly insufficient for a complete understanding of the social nature of hypertension

СОСТОЯНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаева Д.А.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В структуре хронических заболеваний органов пищеварения преобладают заболевания гастродуоденальной локализации. Они увеличились за последние 5 лет на 48,2%. Эти заболевания составляют на 2002-2005гг. 8,5% и 12,6% соответственно.

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.

Цель исследования. Изучить факторы преморбидного фона у детей с гастродуаденальной 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 к 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.

Выводы. Болезни органов пищеварения в структуре общей заболеваемости детей занимают первое место, и общая тенденция к их росту продолжает сохраняться.

Полученные данные необходимо учитывать в работе участковых врачей-педиатров с целью профилактики этой группы заболеваний.

ОЦЕНКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА У ДЕТЕЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА

Абдуллаева Д.А.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. 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

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.

Цель исследования. Оценить тактику лечения ОВГЭ на основании Клинических рекомендаций педиатров Узбекистане.

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±0,5 в ГС — за 4,5±0,9 койко-дня, p = 0.04; признаки токсикоза и эксикоза купировались в ОГ — за 3,7±0,2, в ГС — за 5,4±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±0,5 в ГС — за 4,5±0,9 койко-дня, p = 0.04; признаки токсикоза и эксикоза купировались в ОГ — за 3,7±0,2, в ГС — за 5,4±0,3 койко-дня, p = 0.04. В ГС на фоне ИТ в 0,6% случаев развился РДСВ.

Выводы. Таким образом, по всем параметрам (нормализация стула, купирование признаков токсикоза и эксикоза) показана эффективность безантибактериальной терапии на фоне оральной регидратации ОВГЭ в ОГ по сравнению с ГС.

REHABILITATION OF FREQUENTLY AND LONGLY DISEASED RESPIRATORY DISEASES IN YOUNG CHILDREN

Abdullaeva M.E.
Department of Propedeutics of Childhood Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. The problem of children with frequent and long-term respiratory diseases (CHRD) in modern conditions remains significant and requires further search for effective and safe methods of rehabilitation of this contingent of patients.

Objective of the study: the development of treatment and rehabilitation programs for early age CHDBD with a tendency to acute respiratory infections with the development of bronchitis based on a microecological approach.

Materials and methods of research 47 children were examined. The study of the composition of the intestinal and oropharyngeal microflora was carried out during the period of clinical well-being.

Results. It was found that the severity of ARI in the examined PDBD is due to the dominance of opportunistic gram-negative bacteria and fungi of the genus Candida in the intestine, an increase in the detection frequency and spectrum of enterobacteria and other gram-negative microbes on the mucous membrane of the oropharynx against the background of a significant decrease in the level of representatives of the resident microflora of biotopes. Based on the results obtained, for the rehabilitation of PDBD with a tendency to acute respiratory infections with the development of bronchitis, treatment and rehabilitation programs were developed that reflect the microecological approach: Stage I - selective decontamination of opportunistic microorganisms (UPM) and viruses: 1 course - nifuroxazide, an enterosorbent and an antifungal drug; 2 course - bacteriophage (taking into account the sensitivity of the isolated UPM to it) orally and for irrigation of the oropharynx, kipferon; 3 course - enterol, kipferon and lysobact; 4 course - irrigation of the oropharynx with sanguirithrin. Stage II: 1 course - a probiotic based on bifidobacteria, a carnitine preparation and a vitamin-mineral complex (1 month). 2 course - lactulose preparation (3 months).

Conclusions. As a result of the rehabilitation measures, there was a significant decrease in the frequency (2 times) and duration (2–3 times) of acute respiratory infections in the examined patients, which proceeded with damage only to the upper respiratory tract and were characterized by a favorable course.

RISK GROUPS IN CHILDREN FROM YEARLY AGE

Abdullaeva M.E.
Department of Propedeutics of Childhood Diseases and Polyclinic Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance: Long-term iron deficiency in young children adversely affects the psychomotor and speech development of children and can lead to long-term impairment of cognitive function. With iron deficiency in the body in children, the level of nonspecific protective factors decreases, disorders of cellular and humoral immunity develop, which is clinically manifested by a weak immune response to vaccination, frequent incidence of acute respiratory viral infections, intestinal infections, and a protracted and complicated course of infectious and inflammatory diseases. Iron deficiency anemia (IDA) remains a widespread disease throughout the world. Up to 50% of young children in European countries have iron deficiency.

The aim of our work was to determine the leading risk factors for the development of IDA in young children.

The objectives of our work were: 1) to determine the frequency of occurrence of IDA among young children undergoing treatment at the IER; 2) to compare the data on the morbidity of children without anemia and children with anemia; 3) to reveal the influence of anemia during pregnancy in mothers on the development of IDA in children; 4) to study the nature of feeding and the effect of the introduction of complementary foods on the occurrence of anemia in children.

Materials and methods. A survey was conducted of 60 mothers of young children with a detailed study of blood tests of children and past diseases and subsequent analysis of the data obtained. Of these, 30 children (control group) had no history of iron deficiency anemia.

Results. The analysis revealed the following risk factors for the development of IDA in young children: late introduction of complementary foods - 59%; the presence of anemia in a pregnant woman - 66%; early artificial feeding - 23%, pathological course of pregnancy - 15%; frequent SARS - 15%, food allergies - 13%, prematurity - 3587%. In children with IDA, the duration of acute respiratory illness was longer than in children without anemia.

Conclusions: children with fast growth rates, who are on early artificial feeding with late introduction of meat complementary foods (later than 8 months), are at risk for the development of IDA.

ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Абдуллаева Шахноза Нурилла Кизи
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. Кожа больных атопическим дерматитом обсеменена различными микроорганизмами, причем их количество значительно выше по сравнению с кожей здоровых детей. Так, золотистый стафилококк ***(****Staphylococcos aureus)* высевается с кожи больных атопическим дерматитом в 80-100% случаев ысокая распространенность атопического дерматита у детей, раннее начало и быстрое формирование хронических форм определяют данное заболевание как одну из актуальнейших проблем педиатрии. Атопический дерматит из-за соматических страданий, косметических дефектов, серьезных психосоциальных проблем резко снижает качество жизни как ребенка, так и лиц, ухаживающих за ним. Заболевание ложится определенным экономическим бременем на семью больного ребенка и общества в целом. Так, затраты на лечение больных, страдающих атопическим дерматитом, в США составляют более 7 миллиардов долларов.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к диагностике и лечению синдрома диспепсии у детей с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 60 детей в возрасте от 6 до 17 лет с синдромом диспепсии, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении ОДММЦ г. Андижане. Критериями включения в исследование было наличие симптомокомплекса, включающего боли и ощущение дискомфорта в эпигастрии, тяжесть и чувство переполнения после еды, раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, рвоту, отрыжку, или изжогу в соответствии с Римскими Критериями 1,1999. Критериями исключения являлось наличие «симптомов тревоги»: потеря веса, признаки кровотечения, интенсивная и некупирующаяся боль, повышение температуры тела, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в анализе крови.

Результаты и обсуждения. У большинства пациентов с СД наблюдалось сочетание болевого, диспепсического и астеновегетативного синдромов. Вместе с тем, в группах сравнения имелись

определенные отличия в распространенности и выраженности перечисленных синдромов. Более яркая диспепсическая симптоматика и астено-вегетативный синдром имели место в I группе (x2=4,8, C=0,11 при Cтах=0,81), а абдоминальные боли встречались в обеих группах одинаково часто. Кроме того, следует отметить, что в I группе абдоминальная боль была более интенсивной, четверть детей этой группы указали, что их беспокоят сильные боли. Менее интенсивные боли характерны для детей с АД. У большинства пациентов 1 группы боли были постоянными (60,9% по сравнению с 52,0% во II группе), а смешанные боли были отмечены нами только у пациентов с АД. 70,0% . Особенности болевого синдрома по характеру болей в группах сравнения. Так же нами проведен сравнительный анализ диспепсических симптомов в клинических группах. Выявлено, что диспепсия у детей с отягощенным аллергическим фоном характеризуется дискомфортом в эпигастрии и отрыжкой воздухом, а тошнота и рвота встречаются в этой группе реже, чем в первой группе, различия достоверны при p<0,05 (x2—9,5). Анализ анамнестических данных показал, что патология беременности в анамнезе имела место у 46,2% (60 детей), чаще так же у детей с сочетанным течением СД и АД (45,5% в 1 группе и 49,4% во II группе), наиболее частыми осложнениями были гестоз и токсикоз беременности. У каждого четвертого ребенка отмечалось в анамнезе неблагоприятное течение родов: асфиксия, преждевременные роды, или роды путем кесарева сечения. Особенно часто осложнения в родах встречались у детей с АД. Роды путем кесарева сечения отмечались у 15 детей из этой группы (17,6%), в то время как в I группе они имели место у 13,6%.

Выводы. 1. Клинические проявления синдрома диспепсии при атопическом дерматите не соответствуют тяжести поражения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, что проявляется в менее выраженной болевой и диспепсической симптоматике (%2=9,5) и более выраженными эндоскопическими и морфологическими изменениями (X —Ю,7) чем у детей без отягощенного аллергического фона.

2. При сочетанном течении синдрома диспепсии и атопического дерматита имеет место более выраженные комплексные нарушения секреторной и моторной функции по индексу Be Mee31er (30,3 + 10,3; 95% ДИ 26,1-34,5) по сравнению синдромом диспепсии без отягощенного аллергического фона (16,6 + 3,6; 95% ДИ 15,4-17,8), различие достоверно.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Абдуллаева Шахноза Нурилла Кизи
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. В настоящее время у врача общей практики особую актуальность имеет внебольничная пневмония (ВП) в связи с высокой распространенностью в детской популяции. На практике, особенно в амбулаторных условиях, серьезными проблемами являются ранняя диагностика и рациональная терапия пневмонии у детей. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пневмония — главная причина детской смертности во всем мире. В частности среди причин летальности у детей до 5 лет на ее долю приходится 17,5 %, что ежегодно в мире составляет около 1,1 млн смертельных случаев.

Цель: Оценить состав и резистентность к антибактериальным средствам возбудителей нозокомиальных пневмоний у детей в различные сроки их пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Методы: Диско-диффузионным методом, согласно рекомендациям NCCLS, оценивали чувствительность возбудителей нозокомиальных пневмоний у 50 детей. Изучали мокроту, жидкость после БАЛ, материал, полученный в ходе бронхоскопии. Исследования проводили при поступлении, а также каждые 2—4 дня в ходе лечения.

Результаты: Этиология пневмоний была связана с Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Haemophilus influenzae (по 10% случаев), Acinetobacter spp. (7,3%), Enterobacteriaceae spp. (16,7%), Staphylococcus spp. (12,7%), Streptococcus pneumoniae (8%) и полимикробной ассоциацией стафилококков или S.pneumoniae с различными представителями энтеробактерий (24,6%). Стартовая терапия (цефотаксим или цефтриаксон + гентамицин) способствовала эрадикации возбудителей пневмонии в 46,7% случаев на 3—5 день терапии. В эти же сроки у 27 пациентов (18%) выделен микроорганизм, отличный от того, что определялся при поступлении. В равной доле случаев происходила смена Staphylococcus spp., или представителей Enterobacteriaceae spp., или смешанной флоры на Pseudomonas aeruginosa (у 16 больных), Acinetobacter spp. (у 6 пациентов) или Serratia spp. Пребывание пациента в отделении реанимации более 7 дней способствовало колонизации высокорезистентной микрофлоры у 18 пациентов (27%) — P. aeruginosa в 10 и Acinetobacter spp. в 8 случаях — в отношении которой оказывались активными лишь имипенем (в 88,9% случаев), амикацин и ципрофлоксацин (по 77,8%). Обсуждение: Поскольку в развитии госпитальных пневмоний принимают участие микробные ассоциации, необходим постоянный бактериологический мониторинг структуры и резистентности микрофлоры, выделенной от пациентов.

Выводы: С учетом местных эпидемиологических особенностей необходимо формирование стандартов лечения нозокомиальных пневмоний, а также проведение бактериологического мониторинга для своевременной коррекции неэффективной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СПКЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОМ ЙОДОДЕФИЦИТОМ

Абдуллажонова С.А., Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на высокую частоту СПКЯ, составляющую 5-15% среди женщин репродуктивного возраста, и многолетнюю историю изучения, вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения синдрома до сих пор являются наиболее дискутабельными.

В последние годы все большее внимание ученых привлекает вопрос о вкладе гиперинсулинемии (ГИ) в развитие СПКЯ. Известно, что в 50-70% случаев СПКЯ сочетается с ожирением, ГИ и изменениями липидного спектра крови, что повышает риск развития сердечнососудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета (СД) 2 типа и приводит к снижению средней продолжительности жизни.

Многие исследователи указывают на генетическое детерминирование метаболических нарушений при СПКЯ, проявление которых усугубляется при наличии избыточной массы тела.

Цель исследования. Оптимизация терапии больных с синдромом поликистозных яичников с хроническими йододефицитами.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с СПКЯ и ХЙ.

Результаты исследования. Наличие клинических, метаболических и ультразвуковых различий у женщин с СПКЯ с различной массой тела, делает целесообразным выделение двух клинико-патогенетических вариантов данного синдрома: с ожирением (65,25%) и II типом поликистозных яичников с периферическим расположением фолликулов (71,35%) и без ожирения (34,75%) с I типом поликистозных яичников с диффузным расположением фолликулов (65,57%).

Характерными гормональными нарушениями при обоих фенотипах СПКЯ являются: не только повышенные уровни свободного тестостерона (82,89%), уровни лютеинизирующего гормона (64,37%),. индекса ЛГ/ФСГ>2 (50,36%), дегидроэпиандростерона сульфата (24,51%) в сыворотке крови больных, сниженное содержание соматотропного гормона (48,22%) и сексстероидсвязывающего глобулина (77,97%), а также повышенные уровни андростендиона (57,64%) и сниженные показатели гликоделина (78,95%).

При СПКЯ с ожирением гиперинсулинемия встречается в 2 раза чаще (74,01%), чем у пациентов без ожирения (48,78%); нарушение толерантности к глюкозе у 43,01% женщин с ожирением; гиперС-пептидемия - у 44,74% больных с висцеральным ожирением и у 23,07% больных с глютеофеморальным ожирением и только при ИМТ более 30 кг/м является маркером тяжести метаболических нарушений.

Нарушения липидного спектра крови (гиперхолестеринемия, гипоальфалипопротеидемия и гипертриглицеридемия), выявленные у 86,84% больных с висцеральным ожирением и у 74,36% - с глютеофеморальным ожирением, а также у 51,22% - с нормальной массой тела, свидетельствуют о повышении атерогенного потенциала крови у больных с СПКЯ.

Высокий риск (40-80%) развития коронарной болезни сердца выявлялся только у больных, с синдромом поликистозных яичников и ожирением (9,11%).

У больных с СПКЯ и ожирением: висцеральным и глютеофеморальным, отмечались более высокие уровни лептина (соответственно: 52,76±3,21 и 42,40±2,87 нг\мл), чем у больных с СПКЯ без ожирения (14,99±0,49 нг\мл). Значение индекса лептин/ИМТ>0,7, сопровождающееся снижением фертильной функции, было достоверно выше в группе больных с ожирением (1,65±0,11), по сравнению с группой больных с СПКЯ без ожирения (0,68±0,06), (p<0,001).

Терапия метформином и пиоглитазоном приводит к улучшению метаболических и нормализации гормональных нарушений при СПКЯ: достоверному снижению уровней иммунореактивного инсулина, С-пептида, идексов инсулинорезистентности, лептина, коэффициента атерогенности, свободного тестостерона и повышению уровня гликоделина на 20,8-56,5% в зависимости от перечисленных показателей и фенотипа больных с СПКЯ.

Восстановление регулярного менструального цикла на фоне терапии метформином и пиоглитазоном отмечено у 78,95% и 94,73% больных с ожирением; овуляторного цикла - у 21,05% больных с висцеральным ожирением; у 35 % и 42,10% женщин - с глютеофеморальным ожирением, соответственно; наступление беременности у 15,79% и 21,05% больных - с висцеральным ожирением и у 25% - с глютеофеморальным ожирением.

Вывод. На основании изучения гормональных и метаболических нарушений обоснованы и сформулированы предложения по оптимизации консервативных методов лечения больных с СПКЯ,

включающие совершенствование методологических подходов к обследованию больных и принципы их терапии.

Показана целесообразность включения в комплекс гормонального обследования больных с СПКЯ определения содержания в сыворотке крови соматотропного гормона, свободного тестостерона, андростендиона и гликоделина.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Абдулхакова Р.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность проблемы хронического гломерулонефрита (ХГН) объясняется не распространённостью болезни, а прогрессирующим течением болезни и развитием почечной недостаточности.

Гломерулонефриты (ГН) остаются основной причиной терминальной почечной недостаточности, требующей заместительной терапии. Согласно данным С.И. Рябова (2000) 41% больных ХГН составляют лица до 30 лет.

Проблемы ранней диагностики, изучение особенностей клинической картины и клинических предикторов прогрессирования хронического гломерулонефрита особенно актуальны в детском возрасте.

Диагноз гломерулонефрита у детей основан на данных анамнеза, характерной клинической картине, лабораторных показателях, УЗИ и пункционной биопсии почек.

В остром периоде гломерулонефрита детям 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, анкетирования родителей, изучения 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: 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, достигала в среднем 139,5±1,3 мм рт.ст. систолическое и 95,5±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).

Выводы. ОГН может развиться после вирусных и бактериальных инфекций, а не только после ангин; чаще развивается в младшем школьном возрасте; дети с АГ чаще имеют и азотемию, и признаки гиперкоагуляции; часто наблюдается тубулоинтерстициальный компонент ОГН.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА, ЛЕЧЕНИЕ

Абдулхакова Р.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) (dis -нарушения, plasia - развитие, образование) — нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах,

генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением, определяющее особенности ассоциированной патологии, а также фармакокинетики и фармакодинамики лекарств.

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±0,44 мкмоль/л и 10,1±0,56 мкмоль/л, соответственно ($p< 0,05$)). Уровень ЕТ-1 у обследованных с ДСТС составил 1,36±0,1 фмоль/мл, что было достоверно выше, чем у детей без ДСТС - 0,9±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.).

ВЛИЯНИЕ МЕСТНЫХ ПРОБИОТИКОВ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦА

Абдумухтарова М.З., Ибрагимова Х.З., Гофурова Х.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Улучшение здоровья детского населения всегда оставалось одной из актуальных проблем педиатрии. Состояние здоровья детей зависит от вида вскармливания и рациональное питание является фактором большого профилактического значения, без которого нормальное развитие ребенка оказывается невозможным. Грудное молоко полностью соответствует особенностям метаболизма ребенка и обеспечивает оптимальные условия для физического, нервно-психического, интеллектуального развития, закладывает фундамент здоровья на многие годы вперед и оказывает профилактическое воздействие.

К медико-социальным факторам риска, оказывающим неблагоприятное влияние на развитие ребенка, также относят состояние здоровья матери и особенности течения беременности, от которой был рожден обследуемый ребенок. Отклонения в состоянии здоровья родителей, в свою очередь, приводят к снижению адаптивных возможностей у детей , массы и длины тела при рождении и последующему отставанию в физическом развитии.

Через питание могут осуществляться любые управляемые воздействия как позитивной, так и негативной направленности, в значительной мере определяющие качество и продолжительность предстоящей жизнь ребенка, могут развиваться алиментарно-зависимые заболевания, либо формироваться определенные факторы риска, которые в свою очередь способствуют развитию заболеваний.

Цель исследования. Изучить возрастные, индивидуальные особенности антропометрических параметров частей тела у детей в возрасте до 6 месяцов с применением местных пробиотиков (бифидо-лактобактерии).

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 30 новорожденных обоего пола, родившиеся в одинаковых условиях, получившие одинаковые баллы по шкале Апгар, здоровые грудные дети находившиеся в естественном вскармливание в возрасте до 6 месяца.

Результаты и их обсуждение. Наши исследования показали что новорожденные основной группы роста-весовой показатель стабильно увеличилось по сравнению с новорожденными контрольной группы.

Рост новорожденных принимающие пробиотики к концу первого месяца выросли на 2см, по сравнению новорожденными контрольной группы. К концу третьего месяца выросла на 3см, а на шестой месяц длина тела новорожденных выросла на 3см больше, чем новорожденные не принимающие пробиотики.

Вес новорожденных основной группы к концу первого месяца увеличилась почти на 1кг, чем новорожденные контрольной группы. На третьем месяце вес увеличился на 1,1 кг, а к концу шестого месяца вес новорожденных принимающие пробиотики увеличился на 1,5 кг, чем у новорожденных не принимающие пробиотики.

Выводы. Таким образом, у новорожденных основной группы роста весовой показатель имеет тенденцию к стабильному увеличению, по сравнению с новорожденными контрольной группы. Применение пробиотиков у

новорожденных с рождения дает возможность организовать колонию положительных штаммов микрофлоры кишечника, этим самым предупредить нарушение физического развития, профилактика инфекционных и соматических заболеваний у новорожденных и детей до 6 месяца.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

М.А.Абдурахманова
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей эндоурологии, эндохирургии, урологии, офтальмологии и стоматологии

Цель работы: Изучение особенностей клинического течения кариеса молочных зубов у детей.

Материал и методы: Нами обследовано 50 детей в возрасте от 2 до 6 лет, обративших по поводу лечения на кафедру повышения квалификации и переподготовки врачей общей практики и с курсом стоматологией.

Состояние эмали и дентина, локализация и глубина кариозного поражения определены методом зондирования, интенсивность кариеса по индексу кп– зубов, активность кариозного поражения: компенсированная форма (до4-х пораженных зубов кариесом), субкомпенсированная форма (от5 до8) и декомпенсированная форма (9 зубов и более). (предложенно Т.Ф.Виноградовой1972г)

Результаты: На основании данных, полученных клиническим анализом, у12 детей(22,6%) в области фронтальных зубов верхней челюсти выявлен циркулярный кариес, локализующийся в пришеечной области и опоясывающий по ее периметру. В отдельных зубах коронковая часть отсутствовала по причине ее отлома.

Плоскостная форма кариеса выявлена у 15 детей (28,3%), то есть кариозное поражение во фронтальных зубах определялось больше по поверхности нежели в глубь, обхватывая вестибулярную и контактную поверхности. В молярах отсутствовали эмаль и часть дентина по жевательной и шеечной поверхностям, в некоторых зубах отсутствовали стенки кариозной полости.

Развитие цветущего кариеса, т.е. острое течение кариозного поражения, обхватывающее большое количество зубов, отмечено у 17 детей(32,1%). При этом эмаль и дентин были светлые, мягкие, легко снимались экскаваторм. Значение индекса «кп» зубов в среднем составило 14,8. Количество пораженных зубов кариесом составило от 9-ти до 20-ти зубов(декомпенсированная форма).

Медленное течение кариеса определено у 9-ти детей (17,0%), при котором дентин был темным, сухим, плотным, удалялся экскаватором с трудом. Компенсированная форма кариеса выявлена у 7 детей (13,2%), субкомпенсированная форма– у25 (47,2%), декомпенсированная форма– у21 (39,6%).

Выводы: У детей встречаются формы кариеса, характерные только для временных зубов, требующие правильной постановки диагноза и выбора общего и местного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ

М.А.Абдурахманова
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей эндоурологии,эндохирургии,урологии,офтальмологии и стоматологии

Цель работы. Разработать программу гигиенического воспитания детей и подростков 12 и 15 лет в условиях средней школы №4 города Андижана и оценить её значение в повышении мотивации школьников к профилактике кариеса зубов.

Материалы и методы. Первым этапом был проведен социологический опрос, в котором участвовали 80 школьников 6-х (40 детей) и 9-х классов(40 подростков) средней школы №4 города Андижана. Анкета включала 14 вопросов по стоматологическому здоровью, умению и навыкам по уходу за полостью рта. Среди школьников проведены различные методы первичной профилактики стоматологических заболеваний. Проведён контроль усвоения материала и приобретения полезных навыков.

Результаты. Исходный уровень знаний школьников по вопросам стоматологического здоровья оказался низким. Дети не знали правильных ответов на элементарные вопросы, следовательно, не сформированы гигиенические навыки. Так, 81,2% опрошенных лиц чистят зубы1 раз в день, и не знают, что чистить зубы необходимо 2 раза в день. Вообще не чистили зубы 18,8% человек. К сожалению, лишь 15,0% детей знали о правилах хранения зубных щёток.

Только по поводу удаления зубов посещали стоматолога 45,0% детей и не имели понятия о профилактических осмотрах и лечебных мероприятиях. Из большинства опрошенных 90,0% лиц перекусывали между приёмами основной пищи и в избыточном количестве употребляли газированные

напитки и сладости. Почти половина из опрошенных детей и подростков 44 (55,0%) человека вообще не посещали врача-стоматолога.

Просмотр обучающей тематической мультимедийной презентации по вопросам гигиенического воспитания детей показал высокий процент усвоения материала, доступность и информативность. По результатам опроса 91,3% школьников правильно ответили на все вопросы, отметив важность полученной информации; 8,7% не могли ориентироваться в поставленных задачах и не усвоили материал. Практическое применение полученных знаний доказало пользу и эффективность привитых навыков.

Выводы. Проведена коррекция выявленного низкого уровня просвещённости детей и подростков 12, 15 лет в области стоматологического здоровья путём санитарно-просветительной работы с использованием современных технологий. Разработанная программа способствует усвоению гигиенических навыков и привитию полезных привычек.

ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ И УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ

М.А.Абдурахманова
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей эндоурологии, эндохирургии, урологии, офтальмологии и стоматологии

Цель работы: Изучить распространенность и интенсивность кариеса зубов среди детей 7-9 летнего возраста общеобразовательной средней школы.

Материал и методы: Стоматологическое обследование проводилось в общеобразовательной средней школе №4 города Андижана. Всего обследовано 114 детей в возрасте 7- 9лет, из них мальчиков– 59, девочек– 55.

Распространенность стоматологической патологии оценивалась в процентах, показатель интенсивности кариеса индексом КПУ+кп(сменный прикус), гигиеническое состояние полости рта индексом гигиены Green, Vermillion (1964).

Результаты: Исследование доказало, что до 95% детей имеют кариес зубов. При обследовании детей в возрасте 7-9 лет выявлена высокая распространенность кариеса– 92,4%, реализация кариеса происходила в основном за счет временных зубов. Распространенность кариеса постоянных зубов в отдельности составила 51,3%. Интенсивность кариеса по индексу КПУ+кп у всех обследованных детей составила 6,3.

Обследование показало, что интенсивность кариеса у лиц со смешанным прикусом, когда во рту уже имеются постоянные зубы и еще сохранились временные, в структуре индекса кп компонент «к» составил 4,2, компонент «п» - 1,6, т.е. у каждого ребенка лечебным манипуляциям подлежало 4,2 зуба(терапевтическое и хирургическое лечение). В структуре КПУ компонент «К» равнялся 0,6, компонент «П» - 0,2, компонент «У» - 0.

Анализ гигиенического состояния полости рта у обследованных детей в целом составил 1,2, что характеризует состояние гигиены полости рта как удовлетворительное. При анализе распространенности различных уровней гигиены хороший уровень выявлен у 9,2%, удовлетворительный– у 63,1%, неудовлетворительный– 24,8%, плохой– у 2,9%.

Выводы: Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей диктует необходимость проведения в полном объеме санации полости рта, первичной профилактики кариеса первых постоянных моляров, проведение санитарно-просветительной работы и обучение гигиене полости рта.

ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Абдурашидов Абдурауф Абдурашид угли
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Питание является одним из ключевых факторов, определяющих гармоничное физическое и психоэмоциональное развитие ребенка, его познавательную деятельность, устойчивость к инфекционным агентам и другим неблагоприятным факторам окружающей среды, хотя также влияет на состояние здоровья человека в зрелом возрасте. Под «здоровьем» подразумевается не только состояние, когда все показатели жизнедеятельности организма находятся в пределах нормальных величин, но и резервные возможности организма, обеспечивающие адаптивные реакции к различным внешним воздействиям. Исходя из этого, современная диетология большое внимание уделяет «здоровому питанию», которое является источником энергии, необходимых макро- и микронутриентов, находящихся в оптимальных и сбалансированных соотношениях, а также оказывает профилактическое действие, предупреждая развитие различных заболеваний как инфекционной, так неинфекционной природы.

Цель и задачи исследования. Внедрение в ДОУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище.

Результаты исследование. Эффективным путем коррекции питания детей является применение растительных добавок к пище. Биологически активные вещества растений близки природе человеческого организма. Они содержатся в биотических формах, которые более доступны для усвоения, чем синтетические препараты. Каждый компонент комплекса биологически активных веществ, содержащегося в растениях, максимально усваивается организмом, независимо от присутствия других соединений. Растения обладают универсальностью и разноплановостью воздействия, одновременно оказывая противовоспалительный, иммуностимулирующий, общетонизирующий и др. эффекты. Более мягкий, чем у лекарств характер действия, безвредность для организма являются дополнительными преимуществами препаратов растительного происхождения.

Производство растительных добавок к пище «Биофит» осуществляется из натурального сырья – ягод, фруктов, овощей, зерновых культур, выращиваемых на территории Ферганский долине. Запатентованные технологии вакуумной сушки и низкотемпературного измельчения дают возможность сохранить наибольшее количество биологически активных веществ, увеличить их концентрации в десятки раз, повысить уровень усвоения организмом, значительно усилить лечебно-профилактические свойства, присущие исходному продукту. Так, концентрация витамина С возрастает в 2-6 раз, каротина – в 3-10 раз, тиамина – в 6-11 раз, токоферолов в 8-10 раз, растворимого пектина - 3-5 раз в пересчете на сухое вещество в зависимости от вида сырья. Высокое содержание пищевых волокон, большая активная поверхность криопорошков за счет мелкодисперсности придает им свойства энтеросорбентов. Доказана биосорбционная активность криопорошков в отношении токсичных металлов – свинца и кадмия. На начальном этапе с целью детоксикации назначались криопорошки, оказывающие преимущественно сорбционный эффект (Фруктовой кампот, коктейль «Овсяный с яблоком»). В дальнейшем применяли криопорошки, целенаправленно воздействующие на системы и органы организма. В январе, когда у многих детей после праздничной пищевой перегрузки отмечались обострения аллергических заболеваний, вновь применялись криопорошки-сорбенты. Весной акцент делался на поливитаминные растительные добавки к пище, «Коктейль ягодный», состоящий из криопорошков овса, шиповника, малины, черники, черной смородины, клюквы, крыжовника, вишни). Положительная динамика у дошкольников с неврологическими отклонениями (задержкой развития речи, моторики, с нарушением концентрации внимания) выявлена в 80% случаев (в контроле 45%).

Вывод. Таким образом, внедрение в ДОУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище «Биофит» как дополнение к проведению комплекса медико-профилактических и валеологических мероприятий способствовало нормализации процессов развития, повышению неспецифической резистентности организма, качества здоровья. Растительные добавки к пище «Биофит» могут быть рекомендованы как общеоздоровительные средства в дошкольных образовательных учреждениях для детей с трех летнего возраста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ

Абдурашидов Абдурауф Абдурашид угли
Андижанский государственный медицинский институт

Актуалность. Интенсификация процессов свободно радикального окисления (СО) особо выражено у детей при перитоните, сопровождающаяся напряжением антиоксидантной системы. Существование целого ряда нерешенных методологических проблем в исследованиях метаболической цепочки СО выделило определенные задачи: установление четкого определения процессов СО и уровень доминирования определенной реакции СО в конкретном случае.

Цель исследования. Изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита инфекционного генеза у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% - повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% - как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% - ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% - местный серозно-фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали: сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и обсуждение. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение активности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза. У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение лимфоцитов (10%), ОАА уменьшилась на 37%. На 3 сутки наблюдений в данной группе отмечено снижение концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, в 1,5 раза – лейкоцитов, в 1,4 раза – эритроцитов, на 1,4 раза – ОАА. Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. НА 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась. При неблагоприятном исходе (10 детей) заболевания, по сравнению с выжившими больными токсической стадией перитонита, на 1 сутки после операции ОАА в сыворотке крови была меньше на 9%, ООА – на 17%, на 3-5 сутки наблюдений диапозоны значений этих параметров становятся приближенными. Концентрация гемоглобина и уровень гематокрита при летальном исходе были меньше на 16% и на 8% соответственно, чем у больных токсической стадией перитонита. Количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось на 1 сутки после операции до 22%, на 3 сутки этот показатель составил 18% (у выживших- 12%).

Вывод. У больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление-антиоксидантная защиты» в крови.

БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Абдусалимова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на проводимые мероприятия в борьбе с ВИЧ-инфекцией во всем мире, остаётся высоким процент заболеваемости женщин в репродуктивном возрасте, который наносит непоправимый урон демографической ситуации.

Сложность эпидемиологической ситуации определяется быстрым распространением ВИЧ-инфекции, феминизацией инфекционного процесса, увеличение числа беременностей и родов.

Цель исследования – изучить влияние ВИЧ инфекции на течение беременности у ВИЧ инфицированных женщин.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о влиянии ВИЧ инфекции на течение беременности у ВИЧ инфицированных женщин.

Результаты исследования. ВИЧ-инфекция и беременность проявляют взаимно отрицательное влияние. Дисфукнция иммунной системы при ВИЧ-инфекции оказывает негативное влияние на беременность, что провоцирует более усиленному регрессу иммунного ответа у ВИЧ-инфицированных женщин, которая не регенерируется к концу срока беременности в противоположность от ВИЧ-негативных беременных, что способствует развитию инфекционно-воспалительных заболеваний. Тем самым, прогрессирует количество случаев фетоплацентарной недостаточности инфекционной этиологии. Отмечается более выраженный регресс Т-хелперов с ухудшением показателей материнской вирусной нагрузки РНК ВИЧ вследствие развития аномалий фенотипа лимфоцитов с повышением образования маркеров активации, апоптоза.

Помимо иммунотропности, известна также нейротропность ВИЧ-инфекции. Данное свойство вируса отражается у ВИЧ-инфицированных женщин в виде меньшего объема коры головного мозга в височных и лобных долях, что ассоциируется с дефицитом в устном обучении и памяти у ВИЧ-инфицированных женщин.

Во время беременности на фоне явления гестационной иммуносупрессии заболеваемость острыми вирусными инфекциями, а также риск активации хронических вирусных инфекций выше по сравнению с небеременными женщинами. У женщин, перенесших вирусную инфекцию во время беременности, значительно увеличивается вероятность потери беременности или развития плацентарной недостаточности.

Среди ВИЧ-инфицированных женщин, употребляющих наркотики, отмечается большая частота соматической патологии в сочетании с ко-инфекциями вирусными гепатитами В и С, в отличие от женщин, не употребляющие внутривенно психоактивные вещества, у которых не отмечается значительная патология.

Многочисленные исследования демонстрируют онкологические риски у ВИЧ-инфицированных женщин. ВИЧ-инфицированные женщины с хроническим заболеванием шейки матки, связанные с вирусом папилломы человека, подвержены повышенному риску развития низкодифференцированной анальной интраэпителиальной неоплазии (НАИН) и должны пройти скрининговое исследование на анальный рак.

Наряду с увеличением частоты воспалительных заболеваний и связанных с ними осложнений, у ВИЧ-инфицированных беременных женщин высокая частота патологии дыхательной, мочевыделительной и пищеварительной систем. Во время беременности у ВИЧ-инфицированных женщин наблюдается лейкоцитоз с относительным лимфоцитозом.

Заключение. Таким образом, у ВИЧ инфицированных женщин во время беременности иммунологические изменения всех звеньев иммунитета способствуют обострению очагов хронических инфекций. У ВИЧ-инфицированных беременных женщин чаще развивается фетоплацентарная недостаточность, задержка в развитии плода, анемии, маловодие, угрожающие преждевременных роды. При этом, при высоких показателях вирусной нагрузки, по мере увеличения стадии ВИЧ-инфекции увеличивается и частота данных осложнений. При наличии ко-инфекций (вирусные гепатиты, ЦМВ, вирус простого герпеса) частота этих осложнений возрастает многократно.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ИММУНИТЕТ

Абдусалимова Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Взаимодействие иммунной системы материнского организма и плода остаются актуальными для современной медицины. Среди многих физиологических изменений, которые происходят во время беременности, материнская иммунная система изменяется, чтобы ослабить материнский воспалительный ответ и выработать толерантность к эмбриональному антигену.

Цель исследования – изучить состояние иммунитета у беременных женщин.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования служили литературные данные о состояние иммунитета у женщин во время беременности.

Результаты исследования. Врожденный иммунитет играет определяющую роль в становлении и поддержании иммунологического гомеостаза в системе мать-плацента-плод.

Особенностью беременности является прогрессия содержания в периферической крови В-клеток с изменением профиля образуемых антител.

Существенным изменениям подвергается Т-клеточный иммунитет, характеризующееся в период беременности регрессом количества хелперов, в частности Т-хелперов 17, увеличением уровня в крови на ранних этапах содержания регуляторных Т-клеток; формированием новой динамической равновесии между приобретенным и врожденным иммунитетом.

Более частая сопутствующая патология инфекционной этиологии и гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде объясняются регрессом фагоцитарной активности и кислород зависимой цитотоксичности нейтрофилов периферической крови, подавлением Т-клеточного звена иммунитета, а также снижением напряженности гуморального иммунитета.

При случайной беременности у женщин развивается иммунодефицитное состояние, проявляющегося снижением клеточного (Т-лимфоцитов «активных», В-лимфоцитов в периферической крови) и гуморального (IgG в сыворотке крови) иммунитета, и наиболее характерны при наличии экстрагенитальной патологии инфекционного генеза в анамнезе.

Для прогноза неблагоприятных перинатальных исходов может быть использовано повышение провоспалительного потенциала крови и цервикальной слизи у женщин с хроническим эндометритом в анамнезе. Активации механизмов врожденного иммунитета на системном и локальном уровнях у беременных с хроническим эндометритом в анамнезе и неблагоприятными перинатальными исходами может быть следствием обострения хронической внутриматочной инфекции во время беременности.

Для беременности характерен лейкоцитоз, преимущественно нейтрофильный, что продемонстрировано в работах разных специалистов в разные временные промежутки. при анализе белых клеток крови женщин на протяжении всей беременности и последующих первых месяцев после родов установили, что содержание лейкоцитов увеличивается в первом триместре и остается повышенным до конца беременности, в основном из-за нейтрофилов. Другие исследования также подтверждают нейтрофильный лейкоцитоз, моно- и лимфоцитоз при беременности.

Нет окончательных выводов относительно функциональной активности нейтрофилов. Некоторые авторы считают, что во время беременности функциональная активность снижается, исследуя функциональную активность нейтрафилов, а именно – способность к хемотаксису и фагоцитозу, являющейся частью материнской иммуносупрессии.

При беременности отмечается рост фагоцитирующих нейтрофилов с достижением пика при родовой деятельности. Увеличение функциональной активности нейтрофилов во время беременности свидетельствует прогрессия их поглотительной способности, а также рост интенсивности ингибирования окисления и окислительной деградации липидов.

Заключение. Таким образом, во время беременности материнская иммунная система изменяется. Правильное и гармоничное развитие плода, предотвращение отторжения плода, развития гестоза и

иммуноконфликтности беременности обеспечиваются благодаря возникновению и формированию сложных иммунологических взаимоотношений, основанные на принципе обратной и прямой взаимосвязи.

SYSTEM FOR PREVENTION AND EARLY TREATMENT OF POSITIVE BLEEDING IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

Avezova G.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. The high incidence of obstetric bleeding, leading to death or loss of fertility in young women, prompts further research towards the development of more effective treatments. In this regard, the problem of providing preventive care in risk groups for the development of obstetric bleeding and phased early emergency care for advanced bleeding is one of the priority tasks to reduce maternal morbidity and mortality. The choice of the optimal step-by-step, staged medical care from the use of active tactics of managing the third stage of labor to the use of medications and the transition to minimally invasive methods, such as balloon tamponade of the uterus, makes it possible to implement organ-preserving tactics and prevent the development of a critical state.

Purpose of the study: To develop and introduce into practical health care a system of a differentiated approach to the prevention of massive obstetric bleeding in the early postpartum period.

Materials and research methods. In addition to general clinical examination methods, the obstetric history was analyzed in detail: the outcomes of previous pregnancies, the features of the course of previous and this pregnancy, verification of preeclampsia in this pregnancy, gestational period at the time of delivery. Also, the tactics of delivery, the characteristics of the course of labor, measures to prevent bleeding, the volume of blood loss and the volume of reimbursement by infusion-transfusion media during delivery through the vaginal or abdominal route were also studied.

The dynamics of the development of bleeding, the tactics of its treatment and outcomes were analyzed: time of onset, volume and duration of bleeding, measures to stop bleeding, doses of uterotonic drugs, fibrinolysis inhibitors for stopping bleeding, the need to use radical methods of stopping bleeding, the volume of surgery, the volume of infusion-transfusion therapy and the ratio of media, hemodynamic parameters and measures to maintain them during bleeding, radical surgical hemostasis and on the first day of the postresuscitation period in a hospital setting.

Research results. When analyzing the features of the course of pregnancy and childbirth in women with developed postpartum hemorrhage, we found that the most significant risk factors for PPH include:

> somatic and infectious diseases that arise or worsen during gestation (in every third woman with PPH - 29.7%), which is 2.97 times higher than with physiological blood loss (OR = 3.8 95% C1 = 25, 79-77.49);

> manifestation of urogenital infections (sexually transmitted diseases and nonspecific cervicitis and vaginitis);

> pregnancy resulting from the use of assisted reproductive technologies;

> carriage of thrombophilia genes (PPH develops 3 times more often, OR = 3.8 95% C1 = 14.01-142.59);

> complicated course of pregnancy and childbirth (long-term threat of termination, anemia of varying severity, edema of pregnant women, large fetus, pregnancy hypertension, preeclampsia / eclampsia);

> antenatal fetal death;

> abnormalities in the location of the placenta (presentation and low location of the placenta);

> premature birth (both spontaneous and early birth-resolution for the progression of obstetric complications or somatic morbidity);

> operative delivery (especially on an emergency basis, in the presence of a scar on the uterus, in the presence of uterine fibroids, concomitant severe obstetric complications, anomalies in the location of the placenta (<W = 1.98 95% C1 = 3.57-8.75));

> complicated course of labor (premature and early outpouring of amniotic fluid (1.96 times more often than with physiological blood loss), polyhydramnios, a large fetus, clinical manifestations of placental insufficiency, weakness and discoordination of labor (2 times more often), prolonged delivery (more than 5.7 hours).

We analyzed the causes of postpartum hemorrhage in the main group of women separately for women who gave birth through the vaginal birth canal and for those who underwent cesarean section. Among them, uterine contractility disorders were dominant, revealed in 747 (86.6%) patients after vaginal delivery and in 421 (91.9%) women who underwent cesarean section.

It was found that the frequency of coagulopathy as a cause of postpartum hemorrhage is statistically significantly higher in operative delivery than in vaginal delivery (7.6% versus 4.8% - 1.53 times higher). This is due to the fact that during cesarean section the implementation of coagulopathy is facilitated by several factors: the initial status and the presence of multiple organ failure in severe obstetric pathology, initial hemostasis disorders, surgical trauma, a greater volume of blood loss, a high frequency of carriage of genetic thrombophilia associated

with severe obstetric pathology. In our opinion, the revealed statistically significant regularity suggests that coagulopathy is one of the factors in the development of massive postpartum hemorrhage.

Conclusions. Isolation of the risk group for bleeding and the implementation of the developed system of preventive measures and techniques among these patients allows to reduce the frequency of PPH implementation by more than 2 times, and with its development to achieve hemostasis with blood loss of 500-700 ml;

The following features of the course of pregnancy and childbirth in postpartum women with developed postpartum hemorrhage were revealed: somatic and infectious diseases arising or aggravated during gestation (SD = 3.8 95% C1 = 25.79-77.49); pregnancy resulting from the use of assisted reproductive technologies; carriage of thrombophilia genes (SD = 3.8 95% C1 = 14.01-142.59); complicated course of pregnancy and childbirth (long-term threat of termination, anemia of varying severity, edema of pregnant women, large fetus, hypertension of pregnant women, preeclampsia / eclampsia); antenatal fetal death; anomalies in the location of the placenta (presentation and low location of the placenta); premature birth; operative delivery (011 = 1.98 95% C1 = 3.57-8.75); complicated course of labor (premature and early rupture of amniotic fluid (1.96 times more often than with physiological blood loss), polyhydramnios, large fetus, clinical manifestations of placental insufficiency, weakness and discoordination of labor (2 times more often), prolonged delivery stimulation (more than 5.7 hours).

TACTICS OF MANAGING PATIENTS WITH ENDOMETRIC PATHOLOGY IN THE BACKGROUND OF ADJUVANT THERAPY OF BREAST CANCER IN THE POSTMENOPAUSE

Avezova G.
Department of Obstetrics and Gynecology No. one
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. A radical method of treating intrauterine pathology in patients receiving adjuvant therapy for breast cancer with tamoxifen is hysterectomy. However, carrying out a radical method of treatment in the form of hysterectomy is often impossible or undesirable, due to absolute or relative contraindications, as well as because of the high risk of postoperative complications.

All this leads to the search for new alternative methods of treating intrauterine pathology, which would make it possible to effectively remove the pathological focus with minimal impact on the body. The method should not be less radical and more dangerous for the patient than transvaginal, laparotomy or laparoscopic interventions.

Hysteroresectoscopic endometrial ablation is an effective method of treating endometrial hyperplastic processes without concomitant use of tamoxifen and is an alternative to hormone therapy and radical surgery. At the same time, hysteroscopic intrauterine surgery is a variant of intraluminal endosurgery and cannot be considered as an absolutely safe method.

Based on the foregoing, intrauterine pathology, its diagnosis and treatment while taking tamoxifen continue to be an urgent problem in surgical gynecology.

Purpose of the study. Optimization of treatment of endometrial pathology against the background of adjuvant therapy of breast cancer with tamoxifen in postmenopausal patients.

Materials and research methods. In accordance with the set goal and objectives, patients were selected for this study. The inclusion criteria for the study were: postmenopause for more than 5 years; informed consent of the patient; mammary cancer; adjuvant therapy for breast cancer with tamoxifen. The study did not include: patients with maca neck cancer; patients with uterine tuberculosis; patients with contraindications to surgical interventions; patients who have stopped taking tamoxifen.

To solve the set tasks, 123 postmenopausal women taking adjuvant therapy for breast cancer were included in a prospective study.

Research results. At the first stage, 123 women were prospectively examined for hysteroscopy and separate diagnostic curettage for pathological changes in the endometrium. At the second stage, a follow-up examination of the women under study was carried out 3, 6 and 12 months after the surgical treatment.

Three study groups were formed depending on the type of surgical intervention:

Group I: postmenopausal patients for more than 5 years receiving adjuvant therapy for breast cancer with tamoxifen with endometrial pathology, who underwent coagulation hysteroresectoscopic ablation of the endometrium, after preliminary hysteroscopy and separate diagnostic curettage (n = 69).

Group II: postmenopausal patients for more than 5 years receiving adjuvant therapy for breast cancer with tamoxifen with endometrial pathology, who did not undergo coagulation hysteroresectoscopic ablation of the endometrium, after preliminary hysteroscopy and separate diagnostic curettage (n = 50).

Group III: postmenopausal patients for more than 5 years receiving adjuvant therapy for breast cancer with tamoxifen with endometrial pathology, who underwent hysterectomy, after preliminary hysteroscopy and separate diagnostic curettage (n = 4).

To collect the necessary data, unified questionnaires were developed, which are cards of patient examinations: studies of somatic and gynecological anamnesis, follow-up examination of patients. The analysis of case histories was carried out using a specially developed statistical card. All patients had a detailed history of life,

including previous somatic and gynecological diseases, especially menstrual and reproductive function. Special attention was paid to heredity, concomitant somatic pathology, predisposition to hyperplastic processes. When studying the gynecological anamnesis, the date of detection of breast cancer, the stage, types of treatment, the duration of tamoxifen administration, the time during which the endometrial pathology developed during treatment with tamoxifen was recorded. An analysis of the complaints with which the patients were admitted to the hospital was carried out, the previously conducted conservative and surgical measures were clarified. We also analyzed the concomitant genital pathology, previous surgical interventions on the internal genital organs.

Conclusions. Thus, analyzing the results of hysteroresectoscopic ablation of the endometrium and only diagnostic hysteroscopy in patients with intrauterine pathology against the background of adjuvant therapy for breast cancer, after 12 months of follow-up, we came to the conclusion that the effectiveness of the ablation method is significantly higher than that of HS and RDV (98 , 6% and 40%, respectively).

The criterion for the effectiveness of endometrial ablation, we considered the absence of bleeding, slit M-Echo during ultrasound examination, the presence of intrauterine synechiae during "office" hysteroscopy, the absence of endometrial tissue during morphological examination. The frequency of repeated hysteroscopy in group II was 60%, and in group I - 1.4%, which gives a statistically significant difference in the groups ($p < 0.05$). In group II, repeated hysteroscopy was performed 1 or 2 times. In 52% of cases, we performed GS once, and in 8% twice. The time between hysteroscopy and WFD in group II ranged from 5 to 12 months, on average 6.84 ± 10.86.

We analyzed the quality of life of 28 patients 1 and 12 months after surgery in groups I, II and III. As a result of our study, we found that the quality of life after endometrial ablation is not worse than after GS and WFD, but much better than after hysterectomy.

КОНЦЕНТРАЦИЯ D-ДИМЕРА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Адизова С.Р., Иброхимова Д.Б., Ихтиярова Г.А.
Кафедра акушерство и гинекологии
Бухарский Государственный медицинский институт Г. Бухара, Республика Узбекистан

Активация системы гемостаза при преэклампсии создает преморбидный фон для тромбогеморрагических осложнений. Нарушения гемостаза повышают риск тяжелых кровотечений при родах и кесаревом сечении. При хирургических вмешательствах на фоне тромбоцитопении и тромбоцитопатии (даже при тщательной остановке кровотечения) возможны кровотечения, в том числе отсроченные. То же наблюдается и при дефиците факторов свертывания. Активация системы гемостаза, которая приводит к развитию тромбоза, сопровождается появлением в кровотоке специфических маркеров, отражающих степень повышения гемостатического потенциала крови. Выделяют маркеры активации тромбоцитов и маркеры активации коагуляционного каскада. К последним относят тромбин-антитромбиновый комплекс, фибрин-мономер, фибринопептид А и D-димер. Однако на определение практически всех из них, за исключением D-димера, могут оказывать влияние техника взятия крови, примесь тромбоцитов, что также является осложняющим фактором для получения адекватных и воспроизводимых результатов.

Целью данного исследования является уточнение количество концентрации D-димера у беременных с преэклампсией.

Материал и методы. Обследовано 26 беременные с преэклампсиейи 15 условно здоровые беременные. В исследуемых группах мы изучили уровень Д-димера, являющегося, как известно, разновидностью продукты деградации фибрина (ПДФ) и свидетелем внутрисосудистого фибринобразования. Письменное информированное согласие было получено от всех пациенток. Критериями исключения были возможные причины повышения D-димера: нарушение функции печени; онкологические заболевания; заболевания почек (повышенный уровень креатинина), аутоиммунные заболевания, вирус иммунодефицита человека, панкреатит, инсулин-зависимый сахарный диабет, операции в течение предыдущих 4 недель, текущие инфекции, лихорадка >38°C (инфекции верхних дыхательных путей или инфекции других органов, в том числе пиелонефрит, пневмония). Все женщины были жительницами Бухарской области. Статистическую обработку данных проводили при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил 25,83±0,56 лет. Их них преэклампсия тяжелой степени было у 16 (61.5%) и преэклампсия легкой степени у 10 (38.5%) беременных. Было выявлено достоверное увеличение Д-димера до 870 нг/мл в группе умеренной преэклампсии и до 1256 нг/мл в группе тяжелой преэклампсии, а в группе контроля значение д димера в средним было до 630 нг/мл. Концентрация фибриногена соответственно – 4,06±0,11 г/л, 4,66±0,11 г/л, 3,36±0,10 г/л.

Выводы. Преэклампсия при беременности приводит к прогрессивному увеличению циркулирующего D-димера. При преэклампсии стандартные коагуляционные тесты малоинформативны. Для выявления коагуляционных сдвигов у беременных целесообразно использовать количественное определение Д-димера.

ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ И У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Адилова Г.Р.
Факультет повышения квалификации и переподготовки врачей
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Обострения бронхиальной астмы нередко препятствуют посещению детьми дошкольных учреждений и школьных занятий, снижают качество жизни больных и их семей. Это выдвигает проблему бронхиальной астмы на одно из первых мест клинической педиатрии.

Среди проблем, связанных с ведением больных бронхиальной астмы у детей, врачу приходится решать ряд вопросов, таких как первичная диагностика, установление степени тяжести заболевания, контроль состояния 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 с различной степенью тяжести.

Материалы и методы исследования. 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 клинико-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.

Выводы. 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.

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Наибольшее распространение бронхиальная астма имеет среди детского населения (5-10%) по сравнению с взрослым (5%) населением.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Адилова Г.Р.
Факультет повышения квалификации и переподготовки врачей
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).

При анализе работы стационарозамещающих технологий отмечается увеличение доли детей, получающих курсовое реабилитационное лечение на базе дневного стационара и выписывающихся с улучшением.

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 2019 по 2021 г. включительно.

Результаты исследования. В 2018 г. пролечено 85 пациентов с СД1, 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%).

В комплексную программу реабилитации входили сухие углекислые ванны, иглорефлексотерапия, элекрофорез цинка на область проекции поджелудочной железы, ультразвук на область липодистрофий, ЛФК, лечебное плавание, работа с психотерапевтом. Выписаны с улучшением 114 детей (97,7% от общего числа пролеченных больных).

За 2019 г. 35 случаев - 100%, за 2018 - 79 (99,2%). Без перемен - 0 случаев за 2019 г., за 20118 - 1 (0,8%), что не связано с причинами основного заболевания; случаев перевода в другое отделение (круглосуточный стационар) не отмечалось.

Выводы. 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.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Айнутдинова Н. (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 гипертензивных состояний (в том числе тяжёлой), при отсутствии абсолютных показаний к кесареву сечению и удовлетворительном состоянии плода.

Цель. Изучение особенностей течения родов у беременных с гипертензивными состояниями.

Материалы и методы. При дородовой подготовке и индукции родов с целью профилактики аномалий родовой деятельности у беременных с гипертензивными 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 гипертензивными состояниями, уменьшает частоту возникновения аномалий родовой деятельности и количество оперативных вмешательств.

Выводы. Таким образом, применение " Гландин Е2"существенно снижает частоту аномалий родовой деятельности и, соответственно, количество акушерских и перинатальных осложнений.

ОФТАМАЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Акбарова Г.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анатомическое строение глаза, включающее ангиоархитектонику, объясняет его тесную связь с различными органами и системами организма. Издавна существует образное выражение, что глаз - часть мозга, вынесенная на периферию. Поэтому процессы, протекающие в головном мозге, частично отражаются на состоянии сетчатки и ее сосудов, что определяется при исследовании глазного дна (офтальмоскопии).

Цель исследования. Среди общих сосудистых заболеваний, приводящих к изменениям глазного дна, наиболее известна гипертоническая болезнь. В прошлом веке учение описали изменения ретинальных сосудов при артериальной гипертонии в виде сужения артериаол, неравномерности их калибра, расширения светового рефлекса на артериях и вдавления вены в месте ее перекреста с артерией. Эти и другие изменения в сетчатке и зрительном нерве получили название - гипертонической ретинопатии, кроме этих изменений и наблюдаются экссудативные очаги, кровоизлияния и отек зрительного нерва.

Материалы и методы исследования: Одним из тяжелых поражений сосудистой системы глазного дна является тромбоз вен сетчатки. Среди причин тромбоза вен сетчатки на первое место следует поставить гипертоническую болезнь и атеросклероз, сахарный диабет, истощающие лихорадки, эмфизема легких, лейкемия и заболевания, сопровождающихся увеличением вязкости крови (полицитемия, макроглобулинемия, множественные миеломы) а также резкая артериальная гипотония.

Тромбозы вен сетчатки могут протекать в виде тромбоза центральных вены и тромбоза одной из ее ветвей. Картина глазного дна напоминает раздавленный помидор, так как почти вся поверхность сетчатки покрыта кровоизлияниями различной величины и формы, вены сетчатки резко расширены и извиты, нередко бывает отек диска зрительного нерва. Тромбоз ветви центральной вены сетчатки характеризуется локальным изменением в зоне одного из четырех квадрантов глазного дна в виде геморрагий. В отличие от тромбоза центральных вены, когда зрение внезапно резко снижается, при тромбозе ее ветви на первом этапе его развития оно может снижаться незначительно.

Результаты исследования: При анемиях изменяется окраска глазного дна, цвет его становится бледно – розовым. Калибр артерии увеличивается, соотношение его с калибром вен становится 1/1, при норме 2/3. На артериях пропадает осевой рефлекс. Иногда видны геморрагии с беловатым центром, появляется отек диска зрительного нерва.

Выводы. К серьезным изменениям глазного дна можно отнести изменения при диабетической ретинопатии. Первым проявлением заболевания является микроаневризмы сетчатки в виде круглых красных образований. Следующий этап развития процесса - это появление очагов твердого и мягкого экссудата. О прогрессирование заболевание указывают появление ишемические зон сетчатки, вследствие окклюзии капилляров и из-за высокой проницаемости их стенки они оказываются источником массивных геморрагий в сетчатке и стекловидное тело (гемофтальм). Появление на поверхности сетчатки глиальных тел приводит к тракции сетчатки и наступает финальный этап диабетической ретинопатии отслойка сетки с исходом в слепоту.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Акбарова Р.М.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В условиях неблагоприятной демографической ситуации, значительного ухудшения состояния здоровья женщин фертильного возраста важной задачей становится проблема сохранения жизни каждого родившегося ребенка.

Несмотря на проводимое высокотехнологичное лечение женщин, количество случаев рождения детей с ЗВУР не становится меньше: в среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела. Данные по частоте ЗВУР у недоношенных детей достаточно противоречивы.

Дети с низкой массой тела при рождении составляют группу наибольшего риска перинатальных потерь и инвалидности в дальнейшем. В силу незрелости всех органов и систем течение неонатального периода и адаптации у недоношенных детей имеет свои особенности и осложнено развитием многочисленных патологических симптомокомплексов.

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.

Выводы. 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 МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Акбарова Р.М.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Распространенность и этиологическая структура ХПН у детей младшего возраста соответствует средним данным мирового регистра ХПН у детей с постоянной тенденцией к росту заболеваемости. Основной причиной развития ХПН является врожденная и наследственная патология почек. Информированность о региональных особенностях ХПН у детей необходима для совершенствования нефрологической помощи детям.

Многие нефропатии, имея начало в детском возрасте, продолжают прогрессировать в подростковом и взрослом состоянии. Основной задачей нефролога является раннее обнаружение почечного заболевания и осуществление мер по предотвращению или замедлению ее прогрессирования, а также коррекция всевозможных нарушений (остеодистрофия, анемия, биохимические изменения) еще до развития клинической симптоматики.

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 у 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 уропатии, ПМР) - у 15 (40,5%) детей. Гипоплазия и дисплазия 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%).

Выводы. 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

СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БАРЬЕРА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРНЕОТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Акбарова Р.М.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) – хроническое воспалительное заболевание кожи, проявляющееся эритематозными высыпаниями, зудом, сухостью кожных покровов, развитие которого определяется воздействием генетических, средовых факторов, дисфункцией эпидермального барьера и изменениями в системе врожденного и адаптивного иммунитета.

В последние годы в патогенезе АтД существенное значение придается снижению барьерной функции кожи. Развитие структурных и функциональных нарушений в эпидермальном барьере способствует более тяжелому течению АтД, снижению качества жизни ребенка и является фактором риска возникновения бронхиальной астмы. Филаггрин – ключевой белок, участвующий в дифференцировке эпидермиса и формировании кожного барьера.

Открытие роли филаггрина в поддержании гидратации рогового слоя путем образования при его распаде компонентов увлажняющего фактора, а также обнаружение генетического дефекта синтеза филаггрина из-за мутаций в гене FLG существенно улучшили понимание механизмов нарушения эпидермальной защиты и причин некоторых хронических кожных заболеваний.

Корнеотерапия с использованием питательных и увлажняющих кожу средств может способствовать повышению эффективности лечения АтД за счет восстановления целостности водно-липидной мантии и рогового слоя эпидермиса и в целом барьерной функции кожи.

Цель исследования. Определить роль нарушений регуляции эпидермального барьера в возникновении атопического дерматита, бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом и установить прогностические маркеры, отражающие формирование атопического дерматита, а также аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями атопии.

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 (среднийвозраст 11,5±3,3 лет).

Результаты исследования. В детском возрасте атопический дерматит в основном представлен следующими клиническими вариантами: атопический дерматит без бронхиальной астмы (32,7%) и атопический дерматит с бронхиальной астмой (67,3%). Данные варианты имеют клинико-анамнестические, иммуно-аллергологические и фенотипические особенности.

Формированию бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом способствуют персистирующее течение атопического дерматита, а также расширение спектра сенсибилизации в возрасте от 4 до 6 лет, совпадающее со временем манифестации аллергического ринита. У детей с атопическим дерматитом и бронхиальной астмой имеется прямая корреляция между степенью тяжести атопического дерматита и степенью тяжести бронхиальной астмы.

Тяжелая бронхиальная астма у детей с атопическим 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 атопическому дерматиту со стороны матери характерно персистирующее течение атопического дерматита и формирование тяжелых его форм.

Разработанные прогностические модели позволяют сформировать группы риска по развитию атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей с атопическим дерматитом. Не установлены анамнестические, иммуно-аллергологические и фенотипические признаки атопического дерматита, определяющие вероятность предрасположенности к развитию бронхиальной астмы детей с атопическим дерматитом, что подтверждает гетерогенность формирования аллергического поражения нижних дыхательных путей у детей с кожными проявлениями атопии.

Выводы. 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, проживающих на территории РБ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Акбарова Р.М.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность исследования. Бронхиальная астма (БА) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний среди детей. К сожалению, в настоящее время остается достаточно распространенной поздняя диагностика БА. По мнению ведущих специалистов, начало БА у детей, в большинстве случаев, приходится на ранний возраст. Установлено, что более половины случаев персистирующей БА дебютирует в возрасте до 3 лет и 50-80% случаев до 6 лет.

Диагностика БА в раннем возрасте является сложной задачей, поскольку клинические проявления при данном заболевании неспецифичны и отмечаются при различных заболеваниях. Кроме того, первые симптомы обычно впервые манифестируют на фоне вирусной инфекции, что затрудняет своевременную верификацию диагноза.

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±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 Б А (n=381), атонический характер заболевания установлен у 267 (70,1%) детей. Полученные данные соответствуют литературным сведениям о высокой частоте атопической бронхиальной астмы в детском возрасте. Диагноз БА легкой степени тяжести поставлен 139 (52,06%) пациентам, средней тяжелой -112 (41,95%), тяжелой - 16 (5,99%) больным.

Результаты исследования. В детском возрасте атопическая бронхиальная астма представлена основными клиническими фенотипами: бронхиальной астмой, коморбидной с аллергическим ринитом, и астмой, не имеющей сопутствующих аллергических заболеваний. Данные фенотипы определяют долгосрочный прогноз приверженности к противовоспалительной терапии.

Основными факторами, формирующими фенотип атопической бронхиальной астмы без сопутствующих аллергических заболеваний, являются ранний дебют заболевания; тендерные различия с преобладанием девочек с дебютом болезни в возрасте старше 6 лет; поливалентная сенсибилизация с преобладанием бытовой во все возрастные периоды; нарушение функции внешнего дыхания по смешанному типу. Маркером высокого риска развития данного фенотипа является недоношенность; осложнение периода новорожденности синдромом дыхательных расстройств; частые респираторные заболевания и дисбиоз кишечника в раннем возрасте.

В детском возрасте для атопической бронхиальной астмы, коморбидной с аллергическим ринитом, характерны: преобладание мальчиков среди всех возрастных групп больных; развитие ранней (в дошкольном возрасте) пыльцевой и микогенной сенсибилизации; зависимость нарушения функции внешнего дыхания от контакта с аэроаллергенами в период новорожденности; метеозависимость симптомов. Маркером высокого риска данного фенотипа является бронхиальная гиперреактивность на физическую нагрузку,рождение от беременности, осложненной гестозом второй половины. Ассоциация бронхиальной астмы с аллергическим ринитом определяется более высоким порогом накопления генетических влияний.

У детей, больных БА без сопутствующих аллергических заболеваний, установлены цитокиновый дисбаланс с высокой функциональной активностью Th-2 типа иммунного ответа, а также взаимозависимость клинических характеристик (возраст дебюта, показатели функции внешнего дыхания, «стаж» заболевания) и сывороточного содержания основных цитокинов аллергического воспаления (INF-y, IL-4, IL-10, TGF-ßl). На уровень экспрессии цитокинов оказывают влияние патологические факторы перинатального периода, возраст больных, тяжесть заболевания и аллергического воспаления.

Выводы. Разработаны прогностические критерии достижения контроля бронхиальной астмы при ее различных фенотипах и математическая модель для расчета индивидуального прогноза уровня контроля атопической бронхиальной астмы у детей с учетом возраста, тендерных различий и маркера аллергического воспаления - сывороточного уровня эндогенного оксида азота.

ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОН ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТГАН БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Акилов Х.А.,Абдувалиева Ч.М.
АДТИ болалар жаррохлиги кафедраси, РШТТЁИМ АФ, балалар жаррохлиги булими

Мавзусининг долзарблиги . Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра пайдо бўлиш сабабларидан қатъи назар, портал гипертензия (ПГ) синдроми болалар жарроҳлиги соҳасидаги долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.Болаларда 80% ҳолатда аномалиялар ривожланиши ёки дарвоза венасининг тромбози фонида жигардан ташқари портал гипертензия (ЖТПГ) учрайди. Портал гипертензияли 80% беморларда юзага келувчи қизилўнгач ва ошқозоннингварикоз кенгайган веналари (ВКВ)дан қон кетиш хавфи ҳар бир жарроҳга маълум. Адабиётларда портал гипертензия синдромида қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини тўхтатиш ва олдини олишнинг консерватив ҳамда оператив усуллари афзаллиги ва самарадорлиги тўғрисидаги баҳслар давом этмоқда, шунинг учун портал гипертензия синдромида даволаш ҳамда қизилўнгач-ошқозон қон кетишларининг олдини олиш усулини танлаш аввалгидай долзарблигича қолмоқда.

Изланиш максади. портал гипертензия синдроми бўлган болаларда қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини тўхтатиш ҳамда олдини олиш бўйича жарроҳлик технологияларини ишлаб чиқиш ва клиник-функционал баҳолаш орқали натижаларни яхшилаш

Материал ва усуллар.Тадқиқот ЎзР ССВ РНЦЭМП, РНЦЭМП АФ болалар хирургияси бўлимларида ,Андижон Вилоят кўп тармоқли болалар калсалхонасида 2001 йилдан 2019 йилгача бўлган даврда портал гипертензиянинг турли шакллари билан оғриган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 128 нафар болаларни кўрикдан ўтказиш ва даволаш натижаларига асосланилган. Беморларнинг 60 нафари (48,4,5%)ўғил болалар ҳамда 68 нафари (51,6%)қизлар

Натижалар ПГнинг турли кўринишлари билан оғриган беморларда турли характерли операциялар самарадорлигининг қиёсий таҳлили операциянинг шошилинч ёки кечиктирилган тартибда ўтказилиши, беморларнинг ёшига боғлиқ ҳолда амалга ошириш зарур. Қуйидагилар даволаш тактикасини танлашнинг асосий мезонлари бўлиб ҳисобланди: ПГ шакли, қон кетиш манбаининг характери, унинг интенсивлиги, шунингдек, қон кетишлар туфайли бемор ҳолатининг оғирлик даражаси. 128 та бемордан 55 тасида куйидаги операциялар бажарилди. Қон кетишлар чўққисида Пациор операцияси 22 нафар (39,7%), Назиров операцияси – 19 нафар (30,1%), Таннер–Баиров операцияси – 14 нафар(23,3%) беморларда бажарилди. Операциядан кейинги эрта даврда 3 нафар бемор вафот этди (Child C синфидаги жигар циррозидан). Кузатувнинг узоқ муддатларида такрорий қон кетишлар ва флебэктазиялар регрессиялари даражасига эътибор қаратилди. Бунинг учун беморлар операциядан кейин ҳар 6 ойда икки босқичли кўрикдан ўтказилди. Биринчи босқичда – ўзини қандай ҳис қилаётганлигини объектив баҳолаш, қон кетишларнинг такрорий эпизодларини қамраб олувчи сўровнома ўтказилди, Иккинчи босқичда – флебэктазияларни назорат қилиш мақсадида назорат ФЭГДС амалга оширилди.

ЖИПГ 9 нафар болада(Child A –4 нафар, Child B –2 нафар, ChildC–3 нафар болада), ЖТПГ – 46 нафар болада аниқланди. 2 нафар бемор эрта шакллантирилган портал тизимни шунтлашдан кейинҚОҚКнинг қайталаниши билан қабул қилинди ва бу беморлар 4 ёшгача бўлган болалар бўлди. Бу болаларнинг 3 нафарида анастомоз тромбози(1-ПСРА), 2 нафарида ИМА фаолиятининг ноадекватлиги қон кетишлар қайталанишининг сабаби бўлиб ҳисобланди.

Қон кетишлар чўққисида бажарилган барча операциялар кейинчалик оддий назогастрал зонд билан алмаштирилувчи ва операциядан кейинги даврда 4–5 сутка давомида сақланиб турувчи Блекмор обтуратор-зонди ёрдамида бажарилди. Баиров бўйича ошқозоннинг ташқи деваскуляризацияси ва Назиров бўйича ошқозоннинг циркуляр тикилиши билан операцияларни амалга оширишда зонд пастки камерага ўрнатилди. 100% ҳолатда интраоперацион гемостазга эришилди.

Пациор операциясидан кейин операциядан кейинги даврнинг яхши кечиши 3 нафар (13,6%), қониқарли – 9 нафар (40,9%), қониқарсиз – 10 нафар (45,4%) беморда кузатилди. 2 нафар беморда яранинг битишидаги йиринглаш иккиламчи бўлди, ЖЦ бўлган 1 нафар болада операциядан кейин 14-суткада бартараф этишнинг уддасидан чиқилган асцит қайд этилди.

Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекциясининг операциядан кейинги даврда яхши кечиши 19 нафар (31,1%), қониқарли – 15 нафар (79,9%), қониқарсиз – 4 нафар (21,1%) беморда кузатилди. Бир нафар бемор болада операциядан кейин 3 сутка давомида гипертермия ва парез белгилари сақланиб турди. 3 суткадан кейин бемор ҳолати яхшиланди. Олиб борилган даволаш терапияларига қарамасдан бир беморда операциядан кейин 7 сутка ўтгач, ЖТПГ СЭ бажарилди, операциядан кейинги 5-суткада

релапаротомияни талаб этувчи қон кетиши юзага келди (ПСРА шаклланиши билан СЭ бажарилди).Бир бемордан операциядан кейин ЭФГДС бажарилди ва қизилўнгач веналарида лигирлаш ўтказилди. ЖТПГли бир беморда (ЖЦ ваChildC билан) операциядан кейинги 2-суткада полиаъзо етишмовчилиги натижасида летал натижа қайд этилди.

Операциядан кейин Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилган 14 нафар боладан 6 нафари (42,8%)да операциядан кейинги давр яхши, 6 нафари (42,8%)да – қониқарли, 2 нафари (14,3%)да – қониқарсиз кечиши қайд этилди. Бир беморда асцит ривожланди ва бу ҳолат сийдик ҳайдовчи препаратлар қўшилиши билан енгил бартараф этилди. Бир беморда операциядан кейин ўткир жигар етишмовчилигининг клиник белгилари пайдо бўлди ва бу ҳолат операциядан кейинги 4-суткага бориб бартараф этилди. Ушбу гуруҳ беморларида жигар етишмовчилигининг ўсиб бориши фонида бир нафар бемор вафот этди (вафот этган бемор қизчада ЖЦ ва ChildC бўлган, операциядан укейин 13 соат ўтиб).

ҚОВКВнинг III ва IV даражаси бўлган беморлар гуруҳида (12 нафар) профилактик ЭЛ бажарилди. ЖТПГда кичик ёш туфайли портокавал анастомоз кўринишидаги радикал даволашнинг қийинлиги, йўлдош патологиялар туфайли ЖЦда узоқ муддатли наркозда бўлишга қарши кўрсатмалар мавжудлиги, шунтлаш операциясидан кейин қон кетишлар хавфи сақланиб қолишитакрорий қон кетишлар хавфи билан ҚОВКВнинг III ва IV даражаси бўлган болалардапрофилактик ЭЛ учун кўрсатма бўлиб ҳисобланди.

Хулоса. Текширишлар шуни кўрсатдики, портал гипертензияли болаларда қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида операцияларнинг абдоминал босқичи ажратишнинг энг оптимал усули ҳисобланади. Таннер–Баиров операциялари ва Назиров бўйича гастроэзофагиал коллекторни тотал ажратиш операцияларидан кейин беморлардан энг яхши натижалар олинди.

Қон тўхтатишнинг эндоскопик усули – ПГнинг барча шаклларида ВКВни лигирлашни тавсия этилади.Таклиф этилган алгоритм асосида ЖТПГда ЭЛдан кейин ПКШни бажаришни, ЖИПГда қон кетишлар чўққисида биринчи навбатда ЭЛ бажарилиб, сўнг беморларни трансплантацияга йўналтиришни зурурдир.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Алижанов А.А., Каримбаев Ш.Т., Зуфарханов А.М., Тургунов М.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП.

Закрытые травмы органов брюшной полости является неотложным состоянием в хирургии детского возраста, несвоевременная их диагностика приводит к нежелательным последствиям. Быстрое развитие тяжелых осложнений (шок, перитонит, кровотечение), различных по своим патогенетическим механизмам, выдвигает проблему совершенствования медицинской помощи детям. Анализ научно-медицинской информации свидетельствует, что в современных условиях закрытые травмы живота являются одной из причин высокой летальности и составляют от 3,8% до 28,5%, выводя этот раздел детской хирургии в разряд сложных медико-социальных проблем.

Применение ультразвуковых и лапароскопических исследований в экстренной хирургии позволяет уменьшить число диагностических ошибок и поставит точный диагноз за короткое время. Имея в виду анатомо-физиологические особенности детского организма, мы старались использовать малотравматичные и щадящие методы диагностики и лечения.

За период 2019-2020 гг. в отделении хирургии повреждение детского возраста отделении на лечении находились 72 больных с закрытым травмами органов брюшной полости и подозрением на них. Нами выполнено 35 диагностических лапароскопий.

В возрасте до 7 лет 6 больных, пострадавших от 7 до 14 лет 20 больных, в возрасте от 14 до 18 лет 9 больных. Из них мальчиков-29, девочек-6.

Гемоперитонеум, причиной которого был разрыв печени выявлен у 5 больных, разрыв селезенки у 6, разрыв брыжейки тонкой кишки у 5, разрыв тонкой кишки у 3, забрюшинная гематома у 8, разрыв и гематома большого сальника у 5 больных. Не выявлено патологии у 3 пациентов.

Таким образом, применение лапароскопии в экстренной хирургии позволило уменьшить процент диагностических ошибок, сократить время установления диагноза. Быстрота, безопасность, низкая травматичность и диагностическая информативность делают лапароскопию одним из достоверных методов. Введение в хирургическую практику метода видеолапароскопии даёт возможность не только точной диагностики острой патологии и повреждений органов брюшной полости, но и выполнение оперативных вмещателств не прибегая к традиционной лапаротомии.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР

Алимова Г.М., Махмудова Б.Ш.
Факультет педиатрия ва неонатология кафедраси

Юртимизда соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ, қилиш, аҳоли саломатлигини муҳофазалаш, даволаш-профилактика муассасалари моддий-техник базасини юксалтиришнинг ҳуқуқий асослари яратилди. Хусусан, Ўзбекистон Республикасининг “Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишнинг (ОИВкасаллигининг) олдини олиш” тўғрисида”ги қонуни қабул қилинди. Унга кўра, ОИТС/ОИВ касаллигининг олдини олишга доир фаолият давлат бюджети маблаглари, мақсадлифондлар, юридик ва жисмоний шахсларнинг ихтиёрий бадаллари, бошқа манбалар хисобидан қонун хужжатларига мувофик амалга оширилади. Ўзбекистон Республикаси фуқароларида ОИТС/ОИВ касаллиги аниқланган тақдирда, улар қон, биологик суюқлик, органлар ва 159 тўқималарнинг донори бўла олмайдилар. ОИТС/ОИВ касаллигини юқтирганлар тиббий кузатув остида бўлишлари шарт. Ўзбекистон Республикаси худудида вақтинча яшаётган чет эл фуқаролари ва фуқаролиги бўлмаган шахсларда ОИВ касаллиги аникланган тақдирда,улар қонун хужжатларида белгиланган тартибда Ўзбекистон Республикасидан чикарилиб юборишлари мумкин. Ўзида ОИТС/ОИВ касаллиги мавжудлигини билган шахснинг бошка шахсни атайлаб шу касаллик вирусини юктириш хавфи остига куйиши ёки уни юктириши қонун хужжатларида белгиланган тартибда жавобгарликка сабаб булади. Тиббиёт ходимлари ва хизмат кўрсатиш сохаси ходимларининг уз хизмат вазифаларини лозим даражада бажармаслиги оқибатида одамнинг иммунитет танқислиги вирусикасаллиги юққан шахсларнинг соғлигига етказилган зарарни қоплаш қонун хужжатларида белгиланган тартибда амалга оширилади. Одамнинг иммунитет танқислиги вируси касаллигини юқтирган хамда ОИТС билан касалланган шахслар ўзларига инсоний муносабатда булиниши, қонун хужжатларида назарда тутилган тартибда бепул тиббий ёрдам кўрсатилиши ва ижтимоий таъминланиш ҳуқуқига эгадирлар. Ўн олти ёшга тулмаган шаслар ҳар ойда энг кам ойлик иш хақи миқдорида давлат нафақасини олиш ва Ўзбекистон Республикаси қонун хужжатларида ногирон болалар учун белгиланган имтиёзлардан фойдаланиш ҳуқуқига эгадирлар. ОИВ касаллигини юктирган ёки ОИТСга дучор бўлган болаларнинг ота-онаси (уларнинг ўрнини босувчи шахслар) ёш болалари билан бирга стационарда бўлиш ҳамда шу пайтда қонун хужжатларида белгиланган тартибда вактинча мехнатга кобилиятсизлик нафакасини олган ҳолда ишдан озод булиб туриш ҳуқуқига эгадирлар.

Огоҳ бўлинг, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилинг!

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Алимова Г.М., Солиева М.О.
Кафедра факультетной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. С общей точки зрения понятие «эндогенная интоксикация» (эндотоксикоз) обозначает патологическое состояние (синдром), развивающееся при различных заболеваниях вследствие накопления в организме различных токсикантов эндогенного происхождения при недостаточности функции системы естественной биологической детоксикации.

Актуальность и социальная значимость проблемы определяются высокой распространенностью этого заболевания (10-15 %) в детском возрасте, тенденцией к «омоложению» и ежегодному увеличению числа больных БА, неблагоприятным влиянием на рост и развитие ребенка, ранней инвалидизацией. Анализ литературных данных свидетельствует о несомненной роли центрального и периферического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) не только в патогенезе развития бронхиальной обструкции, но и в обеспечении процессов адаптации дыхательной и сердечно-сосудистой систем при БА.

Цель исследования. изучить синдром эндогенной интоксикации у детей с ба с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2019 по 2021 год.

Результаты исследования. Как показали результаты лабораторных исследований у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов в разгар клинических проявлений отмечалось достоверное повышение содержания всех показателей эндогенной интоксикации в сравнении с группой здоровых. Так, например, СМП у детей 1 группы увеличилось на 94,6% и у детей с 2 группы – на 114,6%, токсический фактор у детей с 1 группы увеличилось на 81,5% и у детей с 2 группы – на 134,7%.

Уровень ЦИК у детей с 1 группы возрос в 3,4 раза, а у детей с 2 группы в 4,1 раза. Следовательно, уровень ЦИК у детей с БА , сочетался с тяжестью состояния больного. Сравнивая информативность

показателей в оценке ЭИ, следует отметить, что наиболее информативным явился ЛИИ уровень которого у детей с 1 группы возрос в 4,4 раза, а у детей с 2 группы - в 7,4 раза.

Необходимо отметить, что при сравнении показателей содержания ЭИ – СМП, ТФ, ЦИК и ЛИИ с клиническими симптомами интоксикации, наиболее высокие значения его регистрировались у больных с очень тяжелым состоянием, чем выше уровень показателей содержания ЭИ, тем выше степень интоксикации.

Таким образом, наши исследования выявили нарастание ЦИК, которые, как известно, играют непосредственную роль в патогенезе бактериальных инфекций.

Анализируя данные, изложенные в таблице 3.13, можно судить, что при у детей с нарушениями вегетативного и тиреоидного статусов уровень показателей эндогенной интоксикации находятся в прямой пропорциональной зависимости от клинических особенностей и тяжести течения.

При среднетяжелом состоянии уровень СМП увеличился на 14,7%, при тяжелом – на 94,6% и при очень тяжелом – на 141,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей.

При среднетяжелом состоянии уровень токсического фактора увеличился на 26,4%, при тяжелом – на 81,5% и при очень тяжелом – на 103,1% по отношению соответствующего показателя здоровых детей

Вывод: Проблема борьбы с СЭИ весьма актуальна, поскольку этот синдром имеет место практически у всех детей при критических состояниях и является ведущим в патогенезе БА. При БА у больных с истощением репаративных процессов и резким снижением естественных функций организма может развиться инфекционно-токсический шок. Его развитие обусловлено применением больших доз антибиотиков, так как при этом происходит гибель большого количества возбудителей и обильное поступление в кровь эндотоксинов, при котором тяжелое состояние организма усугубляется резким нарушением гемодинамики, циркуляции и перфузии тканей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш., Кодиров К.З.
Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП
Кафедра детской хирургии АГМИ

Актуальность. Острая бактериальная деструкция легких (ОБДЛ) в структуре бронхолегочной патологии занимает ведущее место и, по прежнему, имеет тенденцию к росту. Преобладание антибиотико-резистентных штаммов микробной флоры создают трудность в лечение больных с данной патологией, что принуждает поиск новых методов лечения.

Цель работы. Совершенствование методов лечения при острой бактериальной деструкции лёгких.

Материалы и методы исследования. Данное сообщение является анализом комплексного лечения 126 больных детей с ОБДЛ, находившихся на лечение в отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП за последние 3 года. Дети до 3 лет-74, от 4 до 7- 33, от 8 до 16-19 больных. Все больные были разделены на 2 группы: контрольную группу составили 67 больных, которым лечение проводилось традиционным способом. Основную группу-59 больных, которым проводилось лечение предложенные нами способами регионально-лимфотропной антибиотикотерапии посредством микроирригатора, установленного через заднее средостение у корня легкого (патент № 5301 от 27.07.1998). По формам течение у 77 больных была внутрилегочная форма: лобит- у 35, мелкоочаговая множественная – у 23, острый абсцесс – у 17, буллезная – у 2.

У 49 - с легочно-плевральными осложнениями: пиоторакс – у 24, пиопневмоторакс – у 18, пневмоторакс – у 7 больных.

Результаты. Принципы лечения в целом были традиционными, объём лечебных мер зависел от формы, течения патологического процесса, а также возраста больного. Стартовая антибиотикотерапия проводилась двумя антибиотиками, один из антибиотиков вводился регионально-лимфотропным методом через заднее средостение. Больным с буллезной формой (2) антибиотикотерапия проводилась одним антибиотиком. У тяжёлых больных при абсцессах с прорывом в бронх временами проводилась санация трахеобронхиальной системы, аспирируя слизисто-гнойные выделения. При всех видах легочно-плевральных осложнений применяли 2 антибиотика. Среднее пребывание больных с внутрилегочной формой в основной группы составил 10,2+ 1,1, соответственно 14,1+2,2 в контрольной. При легочно-плевральной форме в основной группе среднее пребывание больных в стационаре 13,3+2,7, в контрольной 16,1+2, 9. Летальный исход был у одного больного грудного возраста, поздно поступившим в крайне тяжелом состоянии на неблагоприятном преморбидном фоне и сопутствующими заболеваниями.

Выводы. Заключая вышеизложенное, пришли к выводу, что в комплексном лечении ОБДЛ у детей введение антибиотиков регионально-лимфотропным методом в заднее средостение обеспечивает максимальную концентрацию антибиотиков в зоне локализации лимфатических узлов, а также вблизи патологического очага, обеспечивая высокий антибактериальный эффект.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я, Гафуров А.А., Одилов Х., Шевкетова Л.Ш., Халилов Ш.К., Кадиров К.З.
Отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП
Кафедра детской хирургии АГМИ

Актуальность работы. Диагностика и лечение инвагинационной кишечной непроходимости (ИКН) остаётся актуальной проблемой детской хирургии. Диагностические ошибки могут встречаться на том или ином этапе течения болезни.

Цель работы. Совершенствование методов диагностики и лечения больных детей с осложненной формой инвагинационной кишечной непроходимости.

Материалом исследования послужила поздно поступившая больная с тяжелой осложненной формой инвагинации кишечника.

Наши наблюдения. Больная 7 лет доставлена в отделение детской хирургии из отдаленного района в тяжелом состоянии с диагнозом острый живот, кишечная непроходимость. Из анамнеза выяснилось, что ребенок болеет в течение 6 дней . Обратились к врачу по месту жительства с болями в животе. Получила назначения врача, но от этого не было облегчения. На 3- день появился незначительный слизисто-кровавый стул, после чего больная была направлена в инфекционную больницу. Через сутки врачи исключили инфекционную патологию и направили в отделение неотложной помощи ЦРБ, откуда девочка была доставлена к нам, с диагнозом острый живот и кишечная непроходимость.

При визуальном осмотре больного ребенка: язык суховат, обложен белым налетом, живот ассиметричен, умеренно вздут, правая половина пассивно участвует в акте дыхания. При пальпации в правой подреберной области пальпируется слегка смещаемое, болезненное колбасовидное образование плотно-эластической консистенции. Печень не пальпируется. Перистальтика кишечника выслушивается вяло.

На УЗИ отмечается пневматоз кишечника, перистальтика очень вялая, эхо-признаки кишечной непроходимости. В правой подреберной области наличие образования размером 11,0 Х 6,5 см с чёткими контурами. Рентгенологически -пневматоз кишечника, кишечные петли расширены, определяются единичные чаши Клойбера, свободный газ в брюшной полости отсутствует. Больному ребенку после обследования поставлен диагноз: «Инвагинационная кишечная непроходимость, токсикоз с эксикозом, гиповолемическое состояние».

После соответствующей предоперационной подготовки больную прооперировали. При лапаротомии была обнаружена тонко-толстая, толсто- толстая (сложная) инвагинация кишечника размером 11,0 Х 7,5 см, плотной консистенции, расположенная в печёночном углу ободочной кишки. Из брюшной полости аспирировали около 100 мл жидкости тёмно-геморрагического цвета. При попытке дезинвагинации из-за отёка плотной странгуляции кишечника, участок инвагинации не удалось дезинвагинировать. Произошло десерозирование и травматизация нескольких участков кишечника. Связи с чем принято решение резецировать данный участок. Произведена гемиколэктомия с резекцией терминального отдела тонкой кишки. Наложен илеотранзверзоанастомоз конец в бок, санация и дренирование брюшной полости. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в желудок установлен назогастральный зонд, в прямую кишку газоотводная трубка. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на седьмые сутки с выздоровлением.

При патоморфологическом исследовании в удалённых частях терминального отдела подвздошной кишки обнаружен полипоз и в восходящий части ободочной кишки - 2 полипа.

Послеоперационный диагноз: острая, сложная, инвагинационная кишечная непроходимость на почве полипоза. Полипы терминального отдела подвздошной и восходяще- ободочной кишки.

Осложнение: некроз кишечника, токсикоз с эксикозом, гиповолемическое состояние.

Вывод: 1. Заключая вышеизложенное, следует отметить, что при любых патологиях органов брюшной полости необходимо проводить все необходимые обследования, интерпретировать результаты, под активным наблюдением специалистов и использовать соответствующую лечебную тактику.

2. Повысить уровень знаний, бдительность смежных специалистов, педиатров и инфекцианистов.

Рекомендации. Обеспечить необходимым диагностическим оборудованием специалистов первичного звена здравоохранения.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ УьДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Арзикулов А. Ш. , Арзибеков А.Г., Арзикулова Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность изучения артериальной гипертензии обусловлена как распространенностью, так и социальной значимостью проблемы. Следует отметить, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди взрослого населения в индустриально развитых странах мира составляет до 50% в структуре общей смертности,. В" последние годы, отмечается отчетливая тенденция к омоложению заболеваний сердца и сосудов, в частности АГ, нередко приводящих к стойкой утрате трудоспособности у лиц молодого возраста. Поэтому повышенный интерес к проблеме АГ педиатров вполне оправдан в связи с возможностью при своевременной диагностике и коррекции обратного развития изменений сердечно-сосудистой системы. При этом среди большого количества заболеваний сердечно-сосудистой системы изменения ВНС являются ведущими и наиболее значимыми в развитии дисфункции органов кровообращения у детей и подростков. Нередко ВД, впервые проявившаяся в детстве, с возрастом приводит к тяжелым сердечнососудистым заболеваниям, в частности к АГ.

Материал и методы исследований: Комплексное обследование детей включало клинико-анамнестические, инструментальные (электрокардиографические, реоэнцефалографические, реокардиографические), лабораторные (показатели липидного обмена), оценка состояния вегетативной нервной системы. Для изучения распространенности АГ и высокого нормального давления проведено скрининговое исследование, включающее определение АД у 508 детей школьного возраста г.Андижана и Андижанской области, в результате чего были отобраны дети- с повышенным уровнем АД. Под нашим наблюдением находилось 102 детей, мальчиков среди обследованных было 82 (61,4%), девочек 30 (28,6%). Группу сравнения составили 100 детей школьного возраста I группы здоровья. **Цель исследования:** Оценить функциональное состояние вегетативной нервной и сердечнососудистой систем у детей с артериальной гипертензией в различные возрастные периоды.

Результаты: Известно, что в основе развития артериальной гипертензии у детей и подростков лежит дисфункция вегетативной нервной системы. Отклонения в структуре и функции центрального и периферического звеньев симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы приводит к дисрегуляторным нарушениям в работе органов кровообращения с формированием АГ. Изучение исходного вегетативного тонуса по данным анкеты-опросника, КИГ показало у большинства детей с АГ преобладание симпатической активности (64%) в сравнении с детьми контрольной группы. При этом, эйтония и ваготония у пациентов с АГ регистрировались значительно реже. Полученные данные отражают важную роль симпатической активности в генезе артериальной гипертензии. Анализ ИВТ у детей с АГ в возрасте 10-13 лет выявил преобладание симпатикотонии ($p < 0,05$) над эйтонией и ваготонией. В группе сравнения достоверно больше было детей с эйтонией (55,3%). При этом в группе сравнения отмечалось в 3,9 раза больше детей с ваготонией и в 4,4 раза меньше с симпатикотонией. Исследование ИВТ у детей с АГ в возрасте 14-17 лет показало превалирование симпатикотонии ($p < 0,05$) над эйтонией и ваготонией. В группе сравнения достоверно больше было детей с эйтонией (58,1%). При этом в группе сравнении было в 2,8 раза больше детей с ваготонией, в 1,9 раза больше с эйтонией и в 4,6 раза меньше детей с симпатикотонией. У детей с АГ выявлено преобладание симпатической активности в различные возрастные периоды. Результаты показывают, что, у детей 10-13 лет с повышенным АД отмечается увеличение АМо ИН1/ ИН2 и уменьшение АХ, что указывает на повышение активности симпатического отдела ВНС. У подростков с АГ регистрировалось уменьшение показателей Мо1 и $Мо_2$, отражающие рассогласование нервного и гуморального каналов регуляции со снижением гуморального влияния, и увеличение АМо1 $АМо_2$, ИН/$ИН_2$, свидетельствующие о симпатической активности, что подтверждало значительную роль активации симпато-адреналовой системы в генезе АГ.

Таким образом, у детей с АГ регистрируется вегетативный дисбаланс с избыточными симпатическими влияниями. Высокая частота и значительная выраженность вегетативных нарушений у детей с АГ во все изучаемые возрастные периоды свидетельствуют о важной роли вегетативной дисфункции в генезе АГ. Представленные изменения вегетативного статуса у детей с ВНАД и АГ не только отражают значительную роль ВД в генезе АГ, но и свидетельствуют о дефектах в диагностике, прежде всего о поздней диагностике.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Арзикулов А. Ш., Арзибеков А.Г., Махсумов М.М., Арзикулова Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тесная связь эмоциональных факторов с определенными соматическими болезнями первоначально привела к выделению последних из общего ряда. Были описаны типичные «психосоматические расстройства»- гипертоническая болезнь, артриты, мигрень, диабет, гипертиреоз, астма, язвенная болезнь, язвенный колит, нейродерматит.

В настоящее время в этой группе насчитывается более 230 нозологий. Они рассматриваются как результат стойкого эмоционального напряжения, связанного со специфическим для каждого из них личностным конфликтом. При этом, как полагали, из-за глубокого вытеснения его, особенно страдает вегетативная нервная система, а тип возникшего заболевания объясняется эмоциональной реактивностью.

Подавляемая агрессия активируя симпатическую систему, приводит например, к мигрени, гипертиреозу, гипертонической болезни, а нереализованное стремление к признанию - к астме, язвенной болезни, благодаря включению холинэргических систем. Дальнейшее изучение показало, что эмоциональная и физиологическая реакция на значимый средовой стимул не может быть выведена из имеющихся качественных и количественных характеристик реагирующей личности и организма. Возникающая в ответ на стимул активация – психофизиологическая переменная по отношению к интенсивности и характеру этого стимула, зависит также от состояния субъекта в момент его действия.

Цель исследования. Выявить личностные особенности у детей и подростков узбекской популяции и их роль в развитии и стабилизации некоторых соматических заболеваний.

Материал и методы исследования. Углубленное клинико-психологическое обследование контингента детей с некоторыми соматическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острый лейкоз, нейроциркуляторная дистония) находившихся на стационарном лечении в детских клиниках АГМИ. У лиц, вошедших в эту группу, были верифицированы нейроциркуляторная дистония по гипер- гипотоническому и сердечному типу (НЦД) (41 детей), острый лейкоз (ОЛ) (43 детей), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) (32 детей). В программу обследования включало:

Экспериментальное, медико-психологическое обследование эмоциональной личностной сферы.

Результаты. Установлено, что дети с лейкозом отличались низкими значениями шкалы «экстраверсия – интраверсия» (13,5±0,4% и 13,1±0,35%; P<0,05, соответственно у мальчиков и девочек). Фактор «нейротизма» или психоэмоциональной стабильности достоверно чаще наблюдается у мальчиков (14,6±0,7% и 13,7±0,4%; P<0,05). Отмеченные особенности больных детей в реагировании на болезнь делают их эмоционально лабильными и раздражительными. У мальчиков состояние повышенной тревожности выражено сильнее. У больных с ОЛ установлена низкие показатели шкалы «общительность и эмоциональность» - факторы «А» и «С» (3,8±0,1 и 4,3±0,2; P<0,001 -соответственно у мальчиков и девочек). Это подтверждается высокой корреляционной связью показателей личностного фактора «А» по Кетеллу и общительности «экстраверсия - интраверсия» по Айзенку (r = + 1,0), фактора «С» и нейротизма (r = + 1,0). У больных мальчиков отмечаются низкие оценки по фактору «Е» (2,3±0,1; P<0,001), отражающему общительность, послушность, повышенную зависимость от взрослых и детей, пассивность. Высокая оценка по фактору «Д» (6,2±0,4 и 6,0±0,5, P < 0,001) делает их эмоционально несдержанными, неуравновешенными[3,4].

Резко повышенные оценки у больных ОЛ по фактору «Q_3» (P<0,001), позволяют говорить о склонности их к ипохондрии, фобиям, повышенной тревожности, что является основой возникновения невротичности. Повышенные оценки по фактору «Q_4» (7,2±0,1 и 7,0±0,5, P<0,001), свидетельствуют о преобладании в поведении больных нервного напряжения. Кривая усредненного профиля личности (рисунок), характеризуется выраженными «шкалами» и «провалами». Выраженный «пик» по шкале фактора «Q» и не менее выраженные «пики» по факторам «Q_3», «Q_4», «Д» и «G» отражают степень невротизации больного ребенка. «Провалы» по шкале факторов «А», «С» и «Д» указывают на тенденцию аутизации личности. В целом, полученные данные методом Айзенка и Кеттеля указывают на достаточно высокий уровень невротизации личности при ОЛ.

Обсуждение. Таким образом, обобщая результаты экспериментально – психологического исследования и клинического наблюдения детей проявлениями нарушения адаптации (акцентуации характера, реакции дезадаптации), можно утверждать, что в школьном возрасте выявляется высокая распространенность пограничных расстройств личности (акцентуации характера – 48,2%, дезадаптация – 20,8%), способствующие формированию и развитию нервно-психических или психосоматических заболеваний. В структуре индивидуальности у больных с ОЛ, ЯБ и НЦД выявляются такие особенности проявления личности, которые придают клиническое своеобразие «внутренней картины болезни».

Вместе с тем, повышенная раздражительность, эмоциональная незрелость и тревожность (повышение фактора «I»), склонность к фобиям (повышение фактора «Q»), выраженные явления

фрустрированности (повышение фактора «Q_4») и сниженная эмоциональная устойчивость (я устойчивость (ются универсальными в отношении дезадаптирующих расстройств характерных для изученных заболеваний. Использованные диагностические методы обследования соматических больных позволяют определить изменения эмоционально-личностной сферы больных детей и подростков, что дает возможность проводить дифференцированные профилактические, лечебные и медико-психологические реабилитационные мероприятия.

Выводы:

1. Выявленные особенности темперамента (высокие степени внешненаправленности динамики темперамента) и психоэмоциональной возбудимости, сниженные показатели внутренненаправленности динамики темперамента, большая интенсивность внешненаправленности реакции (внешнеобвинительные «Е», $P<0,001$) и типа реагирования (самозащитный «ЕД», $P<0,001$) в стрессовых ситуациях, сниженные возможности адаптации к окружающей среде, акцентуированности личности и дезадаптация у детей и подростков на фоне неблагоприятных семейных и других социальных факторов являются преморбидными факторами развития и манифестации ЯБ, лейкоза и нейроциркуляторной дистонии.

2. Дети с ЯБ, лейкозом и нейроциркуляторной дистонией отличаются от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью ($P<0,001$): достоверно высок процент подростков сенситивной ($P>0,001$), циклоидной ($P>0,05$), эмоционально-лабильной ($P>0,05$) черт характера у детей с ЯБ, с гипертимной ($P>0,001$), эпилептоидной ($P>0,05$), замкнутой ($P>0,05$ у девочек) черт характера у больных с лейкозом. У больных с нейроциркуляторной дистонией достоверно чаще встречались циклоидный ($P<0,05$), эмоционально-лабильный ($P<0,001$) и сенситивный ($P<0,001$) типы.

3. Для детей с нейроциркуляторной дистонией, лейкозом и ЯБ характерны множественные психологические и нервно-психические расстройства, оказывающие дезинтегрирующее влияние не только на личность больного, но и неблагоприятное воздействие на течение болезни.

МАРКЕРЫ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Арзикулов А.Ш., Арзибеков А.Г., Махсумов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: Здоровье детей - одна из главных социально-государственных задач, стоящих перед обществом. Среди факторов, влияющих на здоровье детей, особое место отводится школьному обучению. Установлено непосредственное влияние на формирование здоровья учащихся факторов внутришкольной среды, вклад которых достигает 27%. Большое значение при этом имеет характер организации учебно-воспитательного процесса. Организация школьного обучения в современных условиях ориентирована на получение большого количества информации и обширные теоретические знания разных наук, постоянную интенсификацию учебного процесса, что неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья детей и в свою очередь препятствует достижению высоких результатов в учебе.

Цель исследования: Выявить особенности структурно-функциональных параметров сердца, показателей вариабельности сердечного ритма, вегетативной регуляции и церебрального кровообращения у детей с различным уровнем адаптации, разработать на их основе критерии оценки адаптации к условиям интенсивного учебного процесса для профилактики возникновения нарушений адаптации у школьников.

Объектом изучения являлись дети 7-17 лет (мальчики и девочки) с различным уровнем адаптации, обучающиеся в условиях высоких (основная группа) и обычных (контрольная группа) учебных нагрузок. Обследован 891 школьник, из них 787 детей одной из школ г. Андижана, условия обучения в которой характеризуются высоким уровнем информационных нагрузок и 104 школьника, обучавшихся по традиционной программе. В связи с неравномерностью морфофункционального развития детей в различные периоды жизни все обследованные разделены на две возрастные группы: 7-11 и 12-17 лет. В обследование включены дети 1-3 группы здоровья. Внутри основной и контрольной группы дети разделены на 4 подгруппы в зависимости от уровня адаптации: 1 гр. - с удовлетворительной адаптацией, 2 гр. - с напряженной адаптацией, 3 гр. - с неудовлетворительной адаптацией и 4 гр. - со срывом адаптации. Сравнительный анализ изученных показателей проведен между группами с различной адаптацией (соответственно внутри основной и контрольной группы) и в подгруппах с одинаковым уровнем адаптации основной и контрольной группы детей. Методами исследования явились: интервьюирование родителей, общеклинический осмотр детей врачом педиатром, соматометрию: масса тела (далее МТ), длина тела (далее ДТ), окружность грудной клетки (далее ОГК) на вдохе и выдохе; 3-х кратное измерение АД, осмотр узкими специалистами (офтальмологом, оториноларингологом, эндокринологом, гастроэнтерологом), оценивали наличие у детей АГ, СВД, проводили оценку физического и полового развития. регистрация ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, кардиоритмография в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы, реоэнцефалографии (РЭГ).

Результаты и обсуждение: Различные виды адаптации школьников к учебному процессу ассоциированы с определенными особенностями структурно-функциональных параметров сердца, показателей системы кровообращения и церебрального кровотока, характеризуются разной степенью выраженности и имеют обратимый характер при использовании здоровьеформирующих технологий. Нарушение адаптации у детей в условиях интенсивных учебных нагрузок, обусловленное как экзогенными, так и эндогенными факторами, сопровождается изменением регулирующей функции ВНС, напряжением функционирования системы кровообращения, лабильностью АД, нарушением показателей церебрального кровотока. Маркеры адаптации детей к школьным нагрузкам следует рассматривать в трех основных аспектах - «медико-биологический», «регуляторный» и «структурно-функциональный», что позволяет обеспечить комплексный подход к оценке степени дезадаптации, уточнить наиболее значимые патогенетические нарушения и предложить способы коррекции выявленных отклонений. Наиболее важными маркерами нарушенной адаптации у школьников являются структурно-функциональные показатели сердечной деятельности, характеризующие систолическую и диастолическую функцию, и особенности ремоделирования левого желудочка, которые являются следствием нарушенных регуляторных механизмов со стороны вегетативной нервной системы, имеют значимые отклонения от нормы и определяют прогноз последующей кардиоваскулярной патологии. Регуляториыми критериями нарушения адаптации являются показатели вариабельности сердечного ритма, свидетельствующие о преобладании тонуса симпатической нервной системы, которой отводится роль управляемого пускового механизма в формировании более выраженных форм нарушения адаптации. К медико-биологическим факторам, определяющим особенности течения адаптационных процессов в условиях интенсивных учебных нагрузок, отнесены наследственная отягощенность по артериальной гипертензии, проживание ребенка в семье медико-социального риска, наличие у ребенка избыточной массы тела. Структура маркеров дезадаптации зависит от возраста: школьники младшей возрастной группы характеризуются большим числом измененных регуляторных критериев с преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы; у старшей возрастной группы школьников в качестве основных маркеров дезадаптации выступают изменения структурно-функциональных показателей сердца, что свидетельствует о прогрессирующей дезадаптации в процессе школьного обучения. Использование метода дозированных физических нагрузок показало положительное влияние на уровень физической подготовленности и выносливости, улучшение гемодинамических показателей на фоне функциональных нагрузочных проб и повышение устойчивости организма к гипоксии; при этом эффективность воздействия ассоциирована с видом адаптации.Выявленные взаимосвязи изученных показателей, оценка их значимости и степени участия в качестве маркеров состояния адаптационных возможностей организма подтверждают целесообразность и необходимость использования индекса функциональных изменений в качестве интегрального критерия нарушения адаптации у школьников в условиях интенсификации образовательного процесса.

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Арзикулова М.Ш., Шукуров Ш.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. По данным статистической отчетности первое ранговое место в структуре заболеваемости детского населения занимает патология ЛОР-органов, среди которой у детей дошкольного возраста преобладает развитие хронического тонзиллита – 47,2%. Особенности клинической картины, длительность течения данного заболевания, а также непосредственная анатомическая и функциональная связь с полостью рта обусловливают необходимость изучения взаимосвязи поражения органов челюстно-лицевой области с данной ЛОР - патологией у детей.

Цель. 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. 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 69 детей (34 мальчиков и 35 девочек) 3–10 лет, которые находятся на динамическом диспансерном наблюдении по поводу хронического тонзиллита с разной степенью тяжести. Обследование проводили в областной специализированной детской стоматологической поликлинике города Самарканд. 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. 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 9% 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 33 детей выявлен кариес, что соответствует уровню распространенности в 47%. В ходе клинического исследования у 46 ребенка диагностированы зубочелюстные аномалии (66%) и у 49 детей – ротовое дыхание (71%).

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.

ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Арзикулова Д.А. Арзибеков А.Г., Арзикулов А.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием единых методологических подходов, а также скудностью исследований гомеостаза МЭ у беременных с ПН и практически полным отсутствием сведений о состоянии гомеостаза МЭ у здоровых беременных, рожениц, что затрудняет интерпретацию полученных данных. Проведение дальнейших исследований в этом направлении, несомненно, имеет большое теоретическое и практическое значение.

Цель исследования - определить клинико-патогенетическое значение ряда микроэлементов при физиологически протекающей и осложненной пиелонефритом беременности.

Материал и методы исследования: Проведено комплексное обследование 80 женщин с доношенной беременностью, проживающих в г.Андижан и Андижанской области республики Узбекистан.

По возрастным группам они распределены следующим образом: первая от 18 до 29 лет; вторая от 30 до 35 лет, четвертая от 36 и старше.

С учетом клинических особенностей течения беременности все обследуемые разделены на две группы: первую (контрольную), включающую 50 женщин с физиологическим течением беременности, и вторую, куда были включены 30 беременных с пиелонефритом.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования: анамнестические, клинические, включавшие комплексную оценку состояния рожениц; лабораторные, инструментальные, в том числе количественное и качественное определение содержания МЭ в крови беременных.

У обследованных женщин, в зависимости от срока гестации и паритета беременности определены сывороточная концентрация Zn, Fe, Cu и Mg в плазме крови.

Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики с применением современных пакетов компьютерных программ Statistica 6,0 с использованием параметрических и непараметрических методов статистики, корреляционного анализа, критерии достоверности t- Стюдента и X^2.

Результаты и обсуждения: Среднее содержание сывороточного цинка у матерей 1-й, 2-й, 3-й основных групп соответствует значениям 12,02±1,47 мкмоль/л, 9,91±0,08 мкмоль/л и 8,56±1,26 мкмоль/л и достоверно ниже ($p<0,05$) были показатели 2-й и 3-й группы, чем у матерей контрольной группы – 16,6±1,14 мкмоль/л.

Среднее содержание железа было недостоверно высоким, чем в контрольной группе. Содержание сывороточного магния у матерей 1-й, 2-й, 3-й основных групп (0,56±0,08 мкмоль/л; 0,60±0,09 мкмоль/л; 0,58±0,07 мкмоль/л соответственно 1-й, 2-й и 3-й групп) были достоверно высокими от показателей сывороточного цинка матерей контрольной группы – 0,39±0,08 мкмоль/л ($p<0,001$). Содержание меди в сыворотке крови у женщин трех основных групп также было достоверно высоким (22,4±2,2 мкмоль/л; 22,6±2,03 мкмоль/л; 23,1±1,7 мкмоль/л против 17,4±0,6 мкмоль/л, $p<0,05$). Установлена недостаточная обеспеченность цинком у 92% матерей 2-й и 3-й группы и у 9% женщин контрольной группы ($p<0,001$). Из них каждая вторая женщина имела ОГА (АР=24%; $P<0,05$) и ОАА (АР=33%; $P<0,001$). Обнаружен риск развития хронических заболеваний пищеварительной системы (хронические гастриты, дуодениты) у женщин при цинкодефицитном статусе (АР=18%; $p<0,05$).

Выявлено, что на фоне низкого показателя сывороточного цинка достоверно высокие показатели железа, магния и меди у женщин 1-й, 2-й и 3-й групп ($p<0,05$ – 0,001).

У женщин с дисмикроэлементозным состоянием выявлен высокий риск развития осложнений настоящей беременности и родов, нарушений состояния плода: гестозов первой и второй половины беременности (АР=24%; $p<0,01$), угрозы прерывания (АР=22%; $p<0,05$), хронической ФПН (АР=23%;

АР<0,05), слабости родовой деятельности (АР=12%; p<0,05), быстрых и стремительных родов (АР=20%; p<0,01), преждевременных родов (АР=63%; p<0,001), ЗВУР плода (АР=37%; p<0,001).

Заключения: Таким образом, беременные матери, с ПН, существенно чаще имели дисбаланс микроэлементов – дефицит цинка, накопление Cu и Mg, которые способствуют снижению интенсивности окислительно-восстановительных процессов, усиливают влияние гипоксии на ткани головного мозга плода, хронические экстрагенитальные заболевания (78%) и патологическое течение беременности и родов (84%), а у новорожденных – осложненное течение неонатального периода (86%).

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. У женщин в постменопаузе частота ишемической болезни сердца повышается в 3 раза, инсульта в 7 раз, а частота постменопаузального остеопороза составляет 85% всех случаев первичного остеопороза.

В связи с этим, одной из составляющих современной стратегии лечения КС является эффективная коррекция ранних климактерических расстройств (нейро-вегетативных и психо - эмоциональных), развивающихся в первые годы после менопаузы, и одновременно как можно более ранняя коррекция метаболических нарушений, ведущих к поздним осложнениям климактерического периода - остеопорозу и атеросклерозу.

Цель исследования. **П**овышение эффективности лечения климактерического синдрома и коррекция метаболических нарушений в раннем периоде естественной постменопаузы путем применения фитогормонов.

Материалы и методы исследования. В рандомизированное параллельное простое слепое плацебо-контролируемое исследование было включено 88 женщин с КС типичного течения, который развился на фоне естественной постменопаузы длительностью от 1 года до 5 лет. Ни одна из женщин с КС до участия в исследовании не принимала гормональные или негормональные препараты для коррекции климактерических расстройств.

С целью выявления постменопаузальных метаболических изменений была сформирована группа из 30 женщин в пременопаузе, средний возраст которых был близким к возрасту женщин с КС.

Результаты исследования. Предикторами тяжелого течения климактерического синдрома в первые пять лет естественной постменопаузы являются приливы, жара и потливость за 1-2 года до менопаузы (относительный риск 1,4÷1,9), отсутствие предшествовавшего менопаузе периода нарушения менструальной функции (относительный риск 1,3÷2,1).

У пациенток с климактерическим синдромом в раннем периоде постменопаузы по сравнению с женщинами в пременопаузе имеется комплекс системных метаболических нарушений, ассоциированных с развитием остеопении и остеопороза. Это повышение скорости ремоделирования костной ткани с дисбалансом маркеров резорбции костной ткани – С-концевых телопептидов коллагена I типа (увеличение в 5,4 раза) и формирования костной ткани - остеокальцина (увеличение на 56%) - в сочетании с повышением уровня кальцитонина и фосфатов плазмы крови.

Выводы. В первые пять лет естественной постменопаузы климактерический синдром клинически проявляется преимущественно нейро-вегетативными (у 100% женщин) и психо-эмоциональными расстройствами (у 74% женщин). Эти расстройства заключаются в снижении физических и психологических компонентов качества жизни и наиболее тяжело протекают у женщин с хроническими экстрагенитальными заболеваниями.

ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сложный комплекс нейроэндокринных, гормональных, биохимических и морфологических изменений, происходящих при беременности, вызывает ухудшение течения СД, а также может способствовать возникновению и прогрессированию его сосудистых осложнений, изменению свертывающей системы крови.

В тоже время СД, особенно II типа с поражением сосудов, значительно повышает акушерский риск, способствуя развитию гестационной гипертензии, которая характеризуется ранним появлением, быстрым развитием и стойкостью симптомов, длительностью течения и неустойчивым эффектом терапии.

Цель исследования: оценка эффективности сосудистых осложнений у беременных с сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы исследования. Курантил назначен 15 больным с сахарным диабетом II типа во II и III триместрах беременности, клинические методы, определение количество тромбоцитов, времени свертывающей 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 объёмную скорость 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 ретинопатияII –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.

Выводы. 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.

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В современной демографической ситуации изучение состояния здоровья подрастающего поколения и разработка эффективных мер, направленных на его улучшение, как никогда, является важнейшей проблемой, имеющей не только медицинское, но и социальное и государственное значение, - ведь от уровня здоровья в подростковом периоде жизни зависит реализация репродуктивных планов - создание семьи и рождение детей.

На формирование РЗ оказывают влияние экологические, социальные, экономические, культурные факторы, наличие соматических и других заболеваний.

Цель исследования. Изучить методы современного лечения нарушений менструальной функции у девочек – подростков.

Материалы и методы исследования. В целях решения поставленных задач были обследованы 256 пациенток 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, определять 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, что характеризуется активацией липопероксидации с накоплением первичных и вторичных продуктов интенсификации перекисного окисления липидов (диеновых конъюгат и малоновогодиальдегида), на фоне снижения активности различных механизмов антиоксидантной защиты (снижением уровня супероксиддисмутазы и восстановленного глутатиона, повышением окисленного глутатиона).

ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В регионах мира с умеренной интенсивностью эпидемического процесса частота обнаружения ап^-Н^ среди беременных составляет 0,9% в 1997 году и 2,8% в 2002 году. Более высокая частота регистрируется среди беременных в группах риска. Среди инфицированных больных вирусом иммунодефицита человека она составляет 17-54%.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение. При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций.

Наиболее частыми, у взятых нами на учет беременных, были диагностированы заболевания сердечно - сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь) - 15,9%, заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) -13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А.

При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении перво- и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих, беременных первый раз было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%.

Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Выводы. Наличие изменений в маточно-плацентарном комплексе (хроническая гипоксия плода, ЗВРП плода I и II степени) приводит к осложненному течению раннего неонатального периода новорожденных (развитию церебральной ишемии I и II степени (60%), гипотрофии новорожденного (28%), ВАИ (24%)).

ЗНАЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ахмадходжаева М.М., Мирмухамедов Б.Б.
Андижанский медицинский институт

Актуальность проблемы. Здоровое питание детей дошкольного возраста имеет не только медицинские значение как фактор сохранения здоровья и развития ребенка. Но и как фактор, определяющий здоровье будущего поколения [1-3]. Организм ребенка отличается от взрослого бурным ростом и развитием, формированием органов и систем, увеличением мышечной массы, что определяет высокую потребность в пищевых веществах и энергии. Для питания детей и подростков имеет значение как проблема его недостаточности, в первую очередь общее недоедание или дефицит микронутриентов [4].

Цель. Анализ и оценка фактического питания детей Андижанской области в возрасте от 3 до 7 лет и выявление нарушения суточного рациона дошкольно-образовательных учреждений.

Материалы и методы. В работе использованы материалы выборочного обследования рациона питания детей в дошкольно-образовательных учреждениях Андижанской области №3 и 65 в период 2018-2019 гг. В связи с этим были изучены первичные материалы питания детей, полученных в соответствии с показателями, обозначенными в СанПиН 0348-2017 «Гигиенические требования к организации полноценного и безопасного питания в дошкольно-образовательных учреждениях Республики Узбекистан». СанПиН 0348-2017. Исследования проводились 2 раза в год (в зимне-весеннем и летне-осеннем периодах), в течение 7 дней. Были рассчитаны среднесуточные показатели количества продуктов питания, употребляемые детьми. В дневном рационе количество основных пищевых веществ и энергетическая ценность рационов рассчитана по таблицам химического состава пищевых продуктов,

Для статистической обработки результатов опроса использовался стандартный пакет прикладных программ Excel.

Результаты и обсуждения. Анализ фактического питания детей, проживающих в Андижанской области и г. Андижана показывает, что в организованных дошкольно-образовательных учреждениях суточный рацион не соответствует физиологической норме питания, большинство потреб ляемых детьми продуктов ниже рекомендуемых норм питания на 55,5-87% в зависимости от сезона года. Исключением является потребление хлебобулочных изделий. Круп и картофеля, количества которых в рационе детей было на 53,5/62,8 ниже физиологической нормы питания для соответствующих поло-возрастных групп.

При оценке качества питания дошкольников не выявлено существенных различий среднестатистических показателей потребления детьми продуктов в разных дошкольных образовательных учреждениях, поэтому данные 2018-2019 гг рассмотрены нами в целом для всех исследованных ДОУ Андижанской области.

Отсюда следует, что дефицит потребления детьми продуктов не зависит от пола и ни от сезона года. И хотя в летне-осенний сезон года потребления таких продуктов, как картофель, овощи и бахчевые, фрукты и ягоды достоверно возрастает, абсолютное количество продуктов кроме хлебопродуктов и картофеля не достигает физиологической нормы.

Расчеты рационов питания детей показали, что дефицит в потреблении мяса и мясных продуктов составляет в зимне-весенний период до 37,5/32,5%, а в летне-осенний отмечается дефицит 33,3%, молока и молочных продуктов.

Необходимо указать что в рационе питания дошкольных образовательных учреждений Андижанской области фактически отсутствуют рыба и рыбные продукты. Рыба имеет особое значение для обеспечения роста и развития детей, а также поступления в организм Омега 3-Омега 6, витаминов А, D и группы В, йода и селена.

При дефиците основных питательных веществ в суточном рационе относительно физиологических норм, суточная энергетическая ценность восполняется повышенным потреблением хлеба и хлебобулочных изделий - на 43,3%.

Расчет показателей пищевой ценности рационов питания детей дошкольного возраста Андижанской области и г. Андижан представлена в таблице №2. Анализ суточного рациона показывает, что, хотя дефицит основных продуктов в суточном рационе как, мяса, молока, рыбы, но с большим количеством употребления хлебобулочных изделий среднесуточная энергетическая ценность рационов составляла 1881 ккал.

Было установлено, что недостаточное содержание общего белка в ежедневном рационе детей составляет 33,8–34,5%, а в летне-осенний период - 24–33%.

Употребление растительных масел в зимне-весенний период - до 87,5%, летне-осенний-до100%.

Избыток углеводов составляет 270–336 г, 200–220 г. Так, зимой-весной и летом-осенью углеводы потреблялись более чем на 56,6% от нормы.

Недостаток минералов в летне-осенний период: кальций 30,5%, магний 22,5%, фосфор 20,6% и железо 46,7%. Количество микроэлемента йода тоже в недостаточном количестве нормы.

А-48,3%, B_1 - 26,0%, B_2 - 34,7%, РР - 30,9% и С - 20,0%; Недостаток минеральных веществ в зимне-весенний период включает: кальций 24,7%, магний 25,4%, фосфор 15,9% и железо 43,7%. Дефицит витаминов зимнее-весенний период выглядит следующим образом: А - 52,2%, B_1 - 35,0%, B_2 - 34,3%, РР - 48,5% и С - 21,5%.

Таким образом, проведенные анализы качества питания дошкольников Андижанской области доказывают, что суточный рацион питания не соответствует физиологической норме питания, за счет этого у дошкольников увеличивается алиментарно-зависимые заболевания, как эндемический зоб, железодефицитная анемия, ожирение и нарушение росто-весового индекса массы тела и.т.д.

Выводы:

Фактическое питание всех исследованных групп детей дошкольного возраста является не адекватным по физиологическим потребностям.

- на 20-30 % пониженное содержание белков;
- низкое на 40-50 грамм ниже нормы содержание питания жиров;
- несбалансированность основных пищевых веществ (1:0,4:6,5-1:0,4:6,5 вместо 1:1:4 - дефицит витамина А (53%) и витамина С;
- недостаточное содержание в рационе кальций и фосфора (в 1,4-1,8 раз ниже нормы).

2. Указанный дефицит пищевых веществ обусловлен низким уровнем потребления таких групп продуктов, как рыба и рыбопродукты (дефицит –до 76%), мясо и мясопродукты (дефицит-до 62%), молоко и молочные продукты (дефицит-до 58%).

3. После внесения коррекции в состав и количество продуктов, используемых в питании дошкольников, показатели качества питания улучшились, но в большинстве случаев не достигли требований физиологической нормы. В наибольшей степени это относится к низкому содержанию в питании детей жиров, витамина А, кальций и фосфора. Очень низкой количества содержания железа и йода.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЭКСФОЛИАТИВНЫМ ХЕЙЛИТОМ

Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.
Андижанского государственного медицинского института
Андижан. Узбекистан.

Литературные данные свидетельствуют о значительной роли эндокринных нарушений вэтиопатоген езе заболевания. Они особенно часто встречаются у лиц пубертатного и постпубертатного возраста. Длительно текущие хронические заболевания желудочно-кишечного тракта также снижают резистентность слизистой оболочки полости рта и губ. Наличие чешуек на поверхности красной каймы губ создают ощущение инородного тела, что зачастую вызывает у пациентов привычку скусывать их и облизывать губы. В результате этого происходит усиленное испарение слюны с поверхности губ, и как следствие трансэпидермальная и трансэпителиальная потеря влаги. На клиническую базу кафедры терапевтической стоматологи Андижанского государственного медицинского института обратился больной М., 20 лет, с жалобами на наличие трещины в области нижней губы в течении семи лет, болезненность нижней губы, затрудняющую разговор, улыбку, широкое открывание рта, прием пищи.Больной связывает появление трещины с вредной привычкой облизывания и кусания губ, также отмечает обострение процесса в холодную ветреную погоду. В анамнезе — ОРВИ, грипп, ветряная оспа, страдает хроническим гастритом в течение 5 лет. Аллергологический анамнез отягощен — аллергия на цитрусовые, проявляющаяся в виде сыпи и зуда кожных покровов. Местное лечение мы начали с обучения рациональной гигиене полости рта, правилам ухода за полостью рта; провели профессиональную чистку зубов при помощи ультразвукового скейлера с последующей полировкой шеек зубов пастой «Dentarin Z» и полировочными щеточками.

Первое посещение. Процедуру начали с антисептической обработки кожи периоральной области 70% раствором этилового спирта. После проведения аппликационной анестезии гелем «Камистад» провели блокаду трещины 0,3 мл 1% раствором лидокаина. Лидокаин дает выраженный сосудорасширяющий эффект в месте введения путем прямого воздействия на гладкомышечные элементы артериол, блокирования вазоконстрикторных нервных импульсов, которые поступают по симпатическим волокнам, относящихся к группе С. В безмиелиновые нервные волокна группы С анестетик проникает быстро и дает лечебный эффект в месте введения. Вкол произвели со стороны кожных покровов, однако возможен вариант проведения блокады со стороны слизистой оболочки преддверия полости рта, что достаточно болезненно. Депо лекарственного препарата должно.

Второе посещение. Объективно: поверхность губы без чешуек, менее гиперемирована, частичная эпителизация трещины с краев, субъективные ощущения больного удовлетворительного характера. Лечение: провели антисептическую обработку, блокаду, применение сорбента и клотримазола, аппликации мази «Прополис». На данном этапе было назначено физиотерапевтическое лечение при помощи лазерного стоматологического аппарата «Оптодан». Полупроводниковый из лучатель аппарата генерирует лазерный свет в ближней инфракрасной области спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, мощностью до 4 Вт, с частотой 0,8-2 кГц, обладает импульсным режимом генерации. Известно, что лазерный свет имеет широкий спектр патогенетического лечебного действия: противовоспалительный,

противоотечный, тромболитический эффекты, понижение проницаемости сосудов, нормализацию микроциркуляции, повышение парциального давления кислорода в тканях, бактерицидное и бактериостатическое действие, стимуляцию общих и местных факторов иммунной защиты. Результат лечения вполне удовлетворил пациента. Мы добились полной эпителизации трещины, исчезновения чешуек и гиперемии, губа стала мягкой при пальпации, приятной на вид. Пациенту была назначена явка через 4 месяца: трещина отсутствовала, имелась легкая гиперемия красной каймы губ. Пациенту было рекомендовано пользоваться гигиеническими увлажняющими средствами, особенно в холодную ветреную погоду.

КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Целью исследования было определение факторов риска, а также изучение клинических особенностей течения АХ у детей разного возраста.

Результаты исследования и обсуждение. Во время тщательного анализа данных семейного аллергологического анамнеза у 75,05% детей с АХ обнаружено наследственная для отягощенность. Так, у 19,65% детей оба родителя имели аллергическую патологию, а у 55,83% пациентов атопиой страдал только один из родителей. Из них у 74,33% больных аллергологический анамнез был отягощенным по материнской линии, у 24,67% - по отцовской линии. У 6,38% детей родители не имели аллергических заболеваний, однако атопической патологий страдали их близкие родственники. В структуре атопических поражений в семейном анамнезе обследуемых детей преобладали аллергические реакции на различные аллергены: - 57,45% случаев, аллергический ринит 18,15%, бронхиальная астма 12,77% и экзема 6,38%. Кроме того, у подавляющего большинства больных с этой патологией 12% детей в анамнезе присутствовал экссудативно-катаральный диатез, тогда как в контрольной группе диатез наблюдали лишь в 18,46% детей. Это дает основание с высокой степенью достоверности (99-99,9%) утверждать, что раннее введение прикорма и наличие в анамнезе ребенка экссудативно-катарального диатеза являются существенными факторами риска возникновения АХ у детей. Дальнейший сравнительный анализ сопутствующих болезней и патологических состояний у детей основной и контрольной групп показал, что у детей с АХ чаще диагностируют пищевую аллергию (84,65% и 14,02% соответственно), заболевания ЖКТ (87,62 и 23,21%), дисбактериоз кишечника (90,16% и 10,77%), хроническую рецидивирующую герпетическую инфекцию губ (70,49% и 24,62%). Высокая степень статистической достоверности разницы показателей относительно контрольной группы указывает на их значимость как важных предпосылок развития АХ у детей. Частота выявления факторов риска при изолированной форме АХ и хейлити на фоне АД не имела достоверной разницы показателей, допустимых в медицинских исследованиях ($p>0,05$). У этих детей, кроме красной каймы губ, элементы поражения наблюдалось в заушной области и на коже лба. Развитие АХ у большинства детей (40 пациентов, или 65,57%) происходил на фоне хронической фазы детской (37 детей, 92,5%) или подростковой (3 ребенка, 7,5%) формы АД. У 10 детей (16,39%) хейлит был единственным проявлением атопического поражения от начала заболевания без вовлечения в патологический процесс типичных для АД участков кожи. У 8 детей (11,48%) изолированный АХ впервые был обнаружен после острой фазы АД и длительной ремиссии (от 9 мес. до 1,5-2 лет), при этом поражение кожных покровов типичной локализации в дальнейшем никогда не диагностировали. У 2 детей (3,28%) возрастной группы раннего детства наблюдали поражения красной каймы губ и кожи периоральной области на фоне острой фазы младенческой формы АД с последующей хронизацией воспалительного процесса. У 4,76% детей с хейлитом на фоне АД острое воспаление сопровождалось образованием на коже губ и периоральных участках, а также на красной кайме микровезикул, которые быстро разрушались, обнажая зоны мокнутия экзема. У 42,11% детей при изолированной форме АХ и у 30,95% детей с хейлитом на фоне АД наблюдали другой ход: выраженная сухость и инфильтрация красной каймы губ и кожи периоральной области, образование экскориаций и мелких трещин в уголках рта.

Выводы.1. Наиболее значимыми предпосылками возникновения АХ среди факторов антенатального и постнатального развития ребенка является наличие в анамнезе экссудативно-катарального диатеза и раннее (до 3 мес.) введениерн 6 прикорма. 2. Факторами риска развития АХ у детей является наличие сопутствующих заболеваний: патологии желудочно-кишечного тракта, пищевой аллергии, дисбактериоз кишечника, хронический рецидивирующий герпес губ, нарушения осанки и опорно-двигательного аппарата, хронический тонзиллит.

ПРОФИЛАКТИКА ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан.

Целью является предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющие улучшить состояние гигиены полости рта и тканей гингивита, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

При заболеваниях гингивита у детей гигиенический уход за полостью рта составляет существенное звено в комплексной терапии. Наибольшая эффективность этой меры достигается при условии, если врач в течение всего периода лечения обучает ребенка основным правилам чистки зубов и контролирует их, дает рекомендации по гигиене полости рта. С учетом возраста ребенка врач-стоматолог дает рекомендации по выбору зубной щетки, зубной пасты и средств для гигиенического ухода за полостью рта. Принципы лечения заболеваний гингивита у детей. Лечение заболеваний гингивита у детей должно быть комплексным. Комплекс составляют с учетом этиологии заболевания, характера и степени выраженности воспалительных и дистрофических изменений в тканях и данных специального клинического и лабораторного исследования. При наличии у ребенка обще соматических или хронических системных заболеваний план общего лечения должен быть согласован с педиатром или специалистом соответствующего профиля. У детей со сниженными показателями иммунологической реактивности организма необходимо проводить по назначению педиатра стимулирующую терапию.

При наличии воспалительных явлений в мягких тканях применяют различные медикаментозные средства противовоспалительного действия. С этой целью используются разнообразные лекарственные формы: мази, пасты, аэрозоли, которые применяют в виде аппликаций и полосканий, вводят в зубодесневые карманы. Для снятия чувствительности твердых тканей зубов, которая часто сопровождает болезни гингивита, зубы обрабатывают фторсодержащими лаками или пастами. Из огромного арсенала противовоспалительных средств для местного лечения заболеваний гингивита широко используют ферментные препараты, антибиотики, антисептики, а также препараты, способствующие восстановлению тканей. Важную роль в лечении заболеваний гингивита играет устранение различного рода травматических факторов в полости рта с помощью педиатрических, хирургических и ортопедических вмешательств. Такие дефекты, как укороченные уздечки губ и массивные тяжи слизистой оболочки, мелкое преддверие устраняются только хирургическим путем. При наличии патологических изменений в пародонте большое значение придается устранению зубочелюстных аномалий с помощью ортодонтических методов лечения. Исправление неправильного прикуса наиболее эффективно в детском возрасте.

Местное лечение гингивита у детей. Лечить гингивит в детском возрасте трудно. Болезнь в большинстве случаев протекает тяжело. Целесообразно консультация такого ребенка специалистами: терапевтом, ортодонтом, хирургом для разработки индивидуального плана лечения. Поэтому большое значение имеет раннее распознавание болезни и профилактика тяжелых изменений. Доначало лечения очень важно исключить системные заболевания ребенка, а при их выявлении проводить лечение у педиатра соответствующего профиля. В случаях прогрессирующего течения, когда проведение комплекса местных мероприятий не дает надлежащего эффекта, назначают антибиотики широкого спектра действия и сульфаниламидные препараты. Лечение проводится по общепринятой схеме в течение 3-4 недель. Применение этих препаратов способствует ликвидации воспаления в тканях гингивита, нормализации обменных процессов в них. Большое значение для лечения заболеваний гингивита имеет рациональное питание. Пища ребенка должна быть разнообразной и содержать полноценные, легко усвояемые белки, минеральные вещества, жиры, углеводы, витамины. Чтобы питание было сбалансированным, в пищевой рацион должны входить продукты, содержащие необходимое количество минеральных солей и микроэлементов, в первую очередь кальций и фтор. Выводы: Применение комплекса профилактических мероприятий, включающего стоматологическое просвещение с обучением правилам ухода за полостью рта, профессиональную гигиену и использование лечебно-профилактических средств, содержащих антибактериальные и противовоспалительные компоненты, позволило добиться снижения воспалительных явлений в тканях пародонта.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ

Ахмедов Ф.Қ., Файзиев М.М.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Дунё миқиёсида ҳомиладор аёлларнинг тахминан 10-15 фоизи гипертензив касалликлар билан асоратланиб ҳали ҳанузгача азият чекмоқда, улар орасида преэклампсия билан асоратланиш алоҳида ўрин тутади.

Преэклампсия – бу организмнинг бир нечта тизимларининг функцияларини бузилиши натижасида юзага келадиган ҳолат бўлиб, у фақат ҳомиладор аёлларда ривожланади; одатда артериал гипертензия ва протеинурия билан намоён бўлади; камдан- кам ҳолларда 20- ҳафтадан олдин содир бўлиб ҳомиладорликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади.

Ишнинг мақсад: преэклампсия билан асоратланган ҳомиладор аёлларда уларнинг белгилари ва асоратлари вужудга келишидан олдин уни аниқлаш ва даволаш усулларини қўллаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотга жалб қилинган аёллар 150 нафарни ташкил қилди. Шундан 50 нафари ҳомиладорликнинг 1ва 2 триместрларида преэклампсия хавфи бўлган ва 50 нафарини 3 триместрда преэклампсия билан асоратланган, назорат гуруҳини ҳомиладорлиги асоратсиз кечган 50 нафар аёл ташкил қилди. Қўйилган мақсад ва вазифаларга мос равишда тадқиқот дастури ишлаб чиқилди: допплерометрия ёрдамида МГ кўрсаткичлари ва аниқлаш. Допплероэхокардиографик текширувлар С2,5 МГЦ секторал датчикни қўллаш билан анатомик М-режимли «Sono Scape» (Хитой) фирмасининг модели - SSI-5000 аппарати (серия номер S/N1407392)да амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. ПЭнинг оғирлиги ДАБнинг 110 мм сим. уст.дан юқорилиги, бир марталик сийдикда протеинуриянинг 1 г/л дан зиёдлиги, оёқлар ва қорин остида шишларнинг пайдо бўлиши, ҲРОҚ (ҳомила ривожланишининг орқада қолиши), бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш каби субъектив шикоятлар билан боғлиқ. Мазкур гуруҳнинг ҳомиладор аёлларида периферик қон айланиши тизимининг кўрсаткичлари қуйидаги жадвалда келтирилган, таққослаш учун назорат ва 1-гуруҳдаги аналогик кўрсаткичлар ҳам келтирилган. Жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 2-гуруҳ ҳомиладор аёлларида периферик қон айланишининг ўрганилган кўрсаткичларида ҳам назорат, ҳам 1-гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан статистик аҳамиятли ўзгаришлар кузатилган.

Агар оғир ПЭда САБ, ДАБ, ЮҚЧ ва ўртАБ 1-гуруҳ ҳомиладор аёлларига нисбатан мос равишда 9,9, 19,4, 17,8, 15,2% ни ташкил қилган бўлса, назорат гуруҳига нисбатан мазкур кўрсаткичлар мос равишда 37,3, 45,9, 14,9, ва 42,1% тенг бўлди.

Тақдим этилган маълумотлар таҳлили оғир ПЭда МГ кўрсаткичлари сезиларли ёмонлашувидан далолат беради, бу юракнинг бир марталик ва дақиқалик унумдорлигининг пасайиши ва УПТҚнинг сезиларли ошиши билан ифодаланади.

Масалан, агар 2-гуруҳ ҳомиладор аёлларида ДҲ, ЗИ, ЮИ кўрсаткич-лари 1- гуруҳдагига нисбатан мос равишда 21,8, 9,5, 20,9% га пасайган бўлса, бу пасайиш назорат гуруҳининг тегишли кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 18,7, 21,0, 26,1% ни ташкил қилди. Бир вақтнинг ўзида оғир ПЭси бор ҳомиладор аёлларда УПТҚ кўрсаткичи енгил ПЭ аналогик кўрсаткичидан 18,8%, назорат гуруҳига нисбатан эса – 41,3% юқори бўлди.

Хулоса қилиб айтганда,тақдим этилган маълумотлар онанинг қон айланиши тизимида анчагина бузилишлар мавжуд эканлигидан далолат беради, бу эса шубҳасиз, фето-плацентар тизимдаги қон айланишининг бузилиши билан онанинг тизимли ва аъзодаги қон оқимига ўз таъсирини ўтказади.

ГЕМАНГИОМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ахрорхонов Р.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гемангиома - это доброкачественная опухоль сосудов, которая бывает врожденной или появляется в самые первые недели после рождения ребенка. Несмотря на то, что это опухоль, в 90% случаев патология не требует лечения и не влияет на качество жизни ребенка. Однако, в остальных 10% - болезнь протекает непредсказуемо и требует вмешательства врачей.

Младенческая гемангиома встречается у 1.1-2.6% новорожденных детей. Чаще патология возникает у недоношенных девочек, которые родились с малым весом тела. Сосудистая опухоль чаще всего появляется на голове и шее.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости гемангиомами внутренних органов у новорожденных и детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 114 пациентов первого года жизни, находящихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей АОДБ города Андижан за январь 2018- сентябрь 2019 г.

Результаты исследования. За анализируемый период наибольший процент составили дети с гемангиомами кожных покровов и слизистых оболочек - 107 пациентов, с гемангиоматозом печени - 7 (6,14%): в первый месяц жизни - 2 чел. (28,57%), в 1-3 мес. -1 (14,29%), в 3-12 мес. - 4 (57,14%). Из них в 5 случаях выявлена мультифокальная форма гемангиоматоза, а в 2 - локальная.

Всем больным назначена терапия пропранололом в дозировке 1–2 мг/кг/сут. Отмечена положительная динамика в 71,43% случаев. Авторами установлена ассоциация гемангиом внутренних органов с неспецифическими антенатальными заболеваниями: перинатальной энцефалопатией (71,43%), малыми аномалиями развития сердца (42,86%), недоношенностью (28,57%), TORCH-синдромом (14,29%).

Больные лечились амбулаторно после отработки доз пропранолола в стационаре. Случаев повторных госпитализаций - 2 (28,57%). При проведении УЗИ органов брюшной полости отмечена положительная динамика в 85,7% случаев.

Выводы. В данном исследовании авторами показана эффективность адреноблокаторов в лечении гемангиоматоза внутренних органов. Применение пропранолола снижает необходимость повторных госпитализаций и применения других методов лечения.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

Ахорхонов Р.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Физическое воспитание в дошкольных учреждениях предусматривает, прежде всего, охрану жизни и укрепление здоровья детей, своевременное формирование у них двигательных умений и навыков, развитие физических качеств, воспитание культурно-гигиенических навыков и привычек, развитие интереса к физическим упражнениям и подвижным играм.

Физкультурно-оздоровительная деятельность детей дошкольного возраста должна быть направлена на повышение сопротивляемости детского организма к неблагоприятным факторам внешней и внутренней среды, развитие психических и физических качеств и особенностей, интереса и потребности в физическом совершенствовании, всестороннем формировании личности ребенка.

Цель исследования. Выявить современную специфику физического развития у дошкольников в городе Казань.

Материалы и методы исследования. Обследовано 400 дошкольников, из них 220 девочек и 180 мальчиков. Общие показатели ФР следующие: среднее развитие имели около 30%, выше среднего - 63%, в основном за счет роста (в том числе гиперсомия 2 степени - 33%), а ниже среднего - 7%. Гармоничное ФР отмечалось в 67,5% случаев, дисгармоничное - 20%, резко дисгармоничное- 12,5%.

Результаты исследования. Для подробного изучения закономерностей физического развития мы разделили обследованных детей на 3 основные группы по возрасту: группа № 1 - дети в возрасте 3-4 года, группа № 2 - дети 5 лет, группа № 3 – 6-7 лет.

В группе детей 3-4 лет (210 детей) среднее ФР имели 43% детей, выше среднего- 47,5%, ниже среднего- 9,5%. Показатель роста в среднем на группу был 102 см, вес - 16 кг. Гармоничное - 86%, дисгармоничное- 5% и резко дисгармоничное -9%. Группа пятилеток включала 120 детей - среднее ФР имели только четверть детей (25%), выше среднего - 75%.

Средний рост на группу - 116 см, вес - 18 кг. Гармоничное - 33%, дисгармоничное- 50% и резко дисгармоничное- 17%. Группа 6-7 лет включала 70 детей. Все дети имели отклонение в ФР, как очень высокое , так и высокое ФР, по 30 детей соответственно и очень низкое - у 10. Гармоничное - у 6 и дисгармоничное - у 1. Средний рост 126 см, средний вес - 26 кг.

Выводы. Таким образом, установлено, что 63% детей имели физическое развитие выше среднего, в основном за счет высокорослости, у 30% детей оно было средним и лишь 7,5% имели данные ниже среднего. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения с целью оценки других параметров здоровья и выявления факторов риска развития патологии у детей.

КОПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Воспалительные заболевания десен широко распространены среди людей различных возрастных групп, в том числе более, чему половины детей. Подобные болезни очень часто становятся причиной других зубочелюстных заболеваний и потери самих зубов. Поэтому просто необходимо выявлять и лечить все заболевания ротовой полости, которые достаточно часто могут протекать незаметно. Гингивит – это одно из заболеваний зубочелюстной системы, которое характеризуется воспалением слизистой оболочки десен. Что касается других тканей, которые входят в состав десны, то они во время данной болезни остаются невредимыми. Связочный аппарат и костная ткань не склонны к изменениям. В основном, идет воспаление пародонта в области нескольких зубов. Площадь воспаления может варьироваться в зависимости от возраста больного, постоянства и качества ухода за ротовой полостью и т.д. Локализация этого заболевания, в основном, одинаковая – все участки, плохо поддающиеся гигиеническим мероприятиям. К подобным участкам относятся межзубные пространства всех жевательных зубов. К группе риска этого заболевания относят беременных, подростков и людей, страдающих сахарным диабетом. Цель работы: выявить особенности клинического течения различных форм гингивита и их распространенность. Задачи: 1. Изучить данные о распространенности заболеваний пародонта у детей. 2. Выявить основные причины заболеваний маргинального пародонта у детей. Результаты. Уровень гигиенического воспитания детей младшего школьного возраста (6-9лет) значительно ниже, чем у детей среднего (9-12лет) и старшего (12-16лет) возраста, о чем свидетельствуют показатели индекса гигиены(ИГ): 3,2, 2,4 и 1,6 соответственно. Фиксируя данные ИГ отдельно по каждому зубу, был отмечен следующий факт: показатели ИГ на зубах с правой стороны несколько выше, чем с левой стороны. Этот факт можно объяснить так: основная масса людей правши и поэтому при чистке зубов левая сторона чистится лучше, чем правая. Средние значения индекса папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (PMA) составили: в возрасте 6-9 лет – 11%, 9-12 лет – 17%, 12-16 лет – 24%. 40% обследованных отметили периодически возникающую кровоточивость десен. Выявлены высокие показатели распространенности зубочелюстных аномалий: аномалии окклюзии – 58%, нарушения зубных рядов – 25,3%, аномалии отдельных зубов – 8,4%. Влияние неблагоприятных общих и местных факторов привело к высокой распространенности кариеса у обследованных школьников (92%) и патологии пародонта (19% младшая школьная группа, 46,1% средняя школьная группа и 68% у старших школьников). Установлено, что при общесоматических заболеваниях интенсивность заболеваний пародонта более выражена по сравнению со здоровыми и практически здоровыми детьми. Основная выявленная патология тканей пародонта – катаральный гингивит. Однако, про сочетании общих и местных факторов риска развития, тяжесть течения воспалительного процесса заметно увеличивается и чаще встречаются тяжелые формы заболевания.

Выводы 1. На основании всего вышесказанного можно сделать вывод что распространенность заболеваний пародонта среди детей и подростков очень высока. Самым распространенным заболеванием является катаральный гингивит.

2. Самыми частыми причинами гингивита являются неудовлетворительное состояние гигиены полости рта у детей, невнимательное отношение родителей к гигиеническому воспитания ребёнка, наличие зубо-челюстных аномалий, а также наличие отягощенного общесоматического статуса., а также сочетание общих и местных факторов развития воспалительных заболеаний маргинального пародонта.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ашуралиева М.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Инфекции, вызываемые вирусами семейства Herpesviridae, являются широко распространенными и плохо контролируемыми. Особенностью герпесвирусной инфекции является поражение многих органов и систем, варьирующее от простых кожно-слизистых форм до угрожающих жизни генерализованных форм.

По данным многочисленных исследований, к 18 годам более 90% людей инфицируются одним или несколькими типами герпесвирусов.

Герпесвирусы подразделяются на 3 подсемейства в зависимости от структуры генома, характера репродукции вируса, его молекулярно-иммунологических особенностей и типа клеток, в которых протекает инфекционный процесс: а, ß и у.

а-герпесвирусы, включающие вирус простого герпеса 1 типа (HSV1), вирус простого герпеса 2 типа (HSV2) и вирус варицеллазостер (VZV). Они характеризуются быстрой репликацией вируса и цитопатическим действием на культуры инфицированных клеток.

Репродукция а-герпесвирусов протекает в различных типах клеток, вирусы могут сохраняться в латентной форме, преимущественно в ганглиях. Вирус простого герпеса 1 типа вызывает гингивостоматит, кератоконъюнктивит, энцефалит; вирус простого герпеса 2 типа - генитальный герпес; вирус варицеллазостер - ветряную оспу, энцефалит, при реактивации - опоясывающий герпес.

Цель исследования. Изучить особенности иммунной системы у детей с лабиальным герпесом и эффективность проводимой терапии препаратами гроприносин и ликопид.

Материалы и методы исследования. Была обследована группа детей (n=30) в возрасте от 3 до 9 лет с лабиальным герпесом (основная группа). Всем детям проведен общий и биохимический анализ крови. Также представлена группа здоровых детей (n=20) (группа контроля), сравниваемые группы детей сопоставимы по возрасту. У детей основной группы (n=30) выявлен положительный ИФА на HSV - 1 IgM и HSV- 2IgM, HSV- 1 IgG и HSV - 2IgG и положительные, а также обнаружен ДНК HSV в моче.

Результаты и их обсуждение. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) - в виде персистирующих инфекций. Так, ДНК герпесвирусов обнаружены в слюне и моче у 17 детей (ДНК EBV в слюне - у 7, CMV в моче - у 7, CMV в слюне -у 2, CMV в слюне и моче + EBV в слюне - у 1). В крови только у 1 ребенка обнаружена ДНК EBV. Антигены CMV в лимфоцитах крови у здоровых детей не определялись. Выявлены низкие уровни АТ класса IgG к EBV, CMV и HHV6 (к CMV - у 98% , к EBV - у 58%, к HHV6 - у 66%). АТ класса IgM в сыворотках крови не обнаруживались.

С учетом способности герпесвирусов к персистенции в иммунокомпетентных клетках (Т- и В-лимфоцитах, макрофагах) изучалось их значение у часто болеющих детей (ЧБД). Дети этой группы наблюдались с диагнозами: лимфаденопатия, ОРЗ, с рецидивирующими крупами (РК), обструктивными бронхитами (РОБ) (40), заболевания ЛОР-органов, тромбоцито- и нейтропении и др. В 48% случаев была выявлена CMV-инфекция, которая в 88% протекала активно (выявлялась ДНК CMV в различных средах, структурный антиген pp65, антитела класса IgM). В 36% случаев в группе ЧБД обнаружены различные сочетания герпесвирусов IV, V и VI типов.

Вывод.У всех детей с лабиальным герпесом выявлена иммунная дисфункция, затрагивающая клеточный и гуморальный иммунитет (снижение IgA, снижение CD16+ лимфоцитов, уменьшением CD19+).

Терапия изопринозин+ликопидом больных с лабиальным герпесом приводит к нормализации сниженных показателей иммунного статуса: повышению содержания CD19+ и CD16+, увеличению концентрации IgA, что привело к исчезновению проявлений герпетической инфекции и изменению спектра антител к вирусу герпеса в сывороточной крови.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛИЦИВИРУСНОИ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ

Ашуралиева М.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Несмотря на определенные достижения в изучении иммунобиологии калицивирусов человека, многие стороны иммунопатогенеза как норовирусной, так и саповирусной инфекции остаются неясными.

Тяжесть течения заболевания, санация организма от вируса во многом определяется иммунным ответом макроорганизма на внедрение возбудителя. Клеточный иммунитет к калицивирусам и ответ системы цитокинов отражены лишь в единичных доступных сообщениях. В целом, имеющиеся немногочисленные данные свидетельствуют о том, что калицивирусы человека вызывают в организме хозяина кратковременный иммунитет.

Цель исследования. Выявить клинико-иммунологические особенности течения калицивирусной инфекции у детей разного возраста и обосновать способ рациональной терапии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в АОДБ. В ходе выполнения работы в 2019-2021 годах проведено клинико-лабораторное обследование 230 детей в возрасте от 4 мес. до 16 лет с подтвержденным диагнозом «калицивирусная инфекция».

Результаты исследования и их обсуждение. Благодаря анализу структуры ОКИ на базе АОИБ за период с 2016 по 2018 годы установлено, что удельный вес больных с вирусными кишечными инфекциями составил 20,3% (п=954). В структуре вирусных ОКИ гастроэнтериты, вызванные калицивирусами, стояли на втором месте после ротавирусов и составляли 26,6% (п=248). По нозологическим формам дети с норовирусной инфекцией среди обследованных составили 84,8% (п=195), саповирусной - 0,9% (п=2), на

долю смешанных кишечных инфекций пришлось 14,3% (п=33). Основную долю среди смешанных инфекций составляли вирусно-вирусные микстинфекции - 60,6% (из них в сочетании с ротавирусом 42,4%). Вирусно-бактериальные инфекции составили 39,4% (из них в сочетании с сальмонеллезом - 21,2%). Пик заболеваемости КВИ отмечался в возрасте от 1 года до 7 лет. Анализ сезонной частоты обнаружения вирусных агентов показал, что подъем заболеваемости калицивирусными гастроэнтеритами приходился на ноябрь-декабрь (37,8%).

Клинико-иммунологическая характеристика детей с ОКИ калицивирусной этиологии с гладким течением. В ходе анализа заболеваний КВИ в виде моноинфекциинороврусной этиологии (п=195) выявлено, что в 32,8% случаях дети поступали из семейных очагов или из детских коллективов, где были зарегистрированы случаи гастроэнтеритов неустановленной этиологии. В 90,8% случаев отмечалось острое начало заболевания без продромального периода. В клинической картине ведущим являлся синдром гастроэнтерита, который характеризовался развитием многократной рвоты в среднем до 7,06±0,27 раз у 94,4% детей (п=188), болей в животе 35,4% (п=69), тошноты 31,8% (п=62) и водянистой диареи в 65,1% случаев (п=127).

Выводы. В структуре вирусных ОКИ у детей до 26,6% случаев составляет калицивирусная инфекция. Заболевание протекает преимущественно в среднетяжелой форме (87,2%). В 23,6% случаев отмечается негладкое течение КВИ.

Среди заболевших 69,6% составляют дети в возрасте от 1 года до 7 лет. У детей грудного возраста преобладает диарейный синдром (в 100% случаев) над общеинфекционным. В то же время у детей школьного возраста диарея сопровождает заболевание лишь в 73,3% случаев, а на первый план выступают повторные рвоты и выраженные симптомы интоксикации в 97,8% случаев.

ВИДЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ РОДОВ

Бабаджанова Г.С., Хашимова Д.Б.
Ташкентская медицинская академия

Качество жизни женщины во многом обусловлено репродуктивным здоровьем, наличием семьи, детей и другими показателями. Одним из важных факторов, обеспечивающих репродуктивное здоровье молодой женщины, является соблюдение интергенетического интервала между родами. По определению ВОЗ, интергенетическим интервалом называют промежуток времени от предыдущих родов до начала следующей беременности, т.е. период, когда женщина, не беременела благодаря применению какого-либо вида контрацепции. Этот показатель помогает определить эффективность того или иного вида контрацепции (оральные контрацептивы, инъекционные контрацептивы, ВМС и др.). Кроме того, после родов высокой контрацептивной эффективностью обладает метод лактационной аменореи при правильном его применении. Однако наибольшее значение имеет желание пациенток использовать рекомендованные методы контрацепции, т.е. так называемая комплаенность пациенток.

Наступление беременности в ближайшие месяцы после родов во время грудного вскармливания несомненно оказывает неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода, так и на здоровье младенца, которое заключается в недостаточном обеспечении их питательными веществами, витаминами, микро- и макроэлементами. Эти факторы приводят к снижению качества жизни женщины, семьи. Дети, рожденные после укороченного интергенетического интервала, часто болеют, имеют сниженный иммунитет, плохо прибавляют в весе.

Наиболее приемлемые методы контрацепции, применяемые нашими женщинами являются: внутриматочное средство (ВМС), комбинированные оральные контрацептивы (КОК), барьерный метод – применение презервативов, лактационная аменорея и окончательный метод – добровольная хирургическая контрацепция (ДХС). При этом наиболее физиологичным методом контрацепции на первые 6 месяцев после родов является лактационная аменорея.

Целью исследования явилось определение охвата контрацепцией в послеродовом периоде женщин, виды используемой контрацепции и степень комплаенности женщин.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели были использованы ретроспективные данные амбулаторных карт 160 женщин, родивших в ближайшие 3-10 месяцев назад. Данные об охвате и видах контрацепции получены из журнала контрацепции репродуктивной функции женщин центральной многопрофильной поликлиники Пскентского района Ташкентской области.

Нами изучены амбулаторные карты 160 родивших женщин за период от 3-х до 10 месяцев от даты родов. Возраст обследованных колебался от 18 до 39 лет, средний возраст при этом составлял 25±5,2 лет. Самые юные первородящие составили 6 женщин (3,8%). Изучение паритета родов среди обследованных женщин показало, что после 1-х родов их было 70, после 2-3 родов было 80 женщин и 10 женщин после 4-х родов.

Вид родоразрешения имеет значение для выбора послеродовой контрацепции. Так например, ВМС после операции кесарево сечение рекомендуются вводить во время операции или не ранее 4-5 месяцев после родов. Роды через естественные роды (per vius naturalis - PVN) составляли подавляющее большинство – 119 (74,4%), остальные были проведены путем операции кесарево сечение (41 – 25,6%). Показаниями к оперативным родам были: пельвио-краниальная диспропорция – 11 (26,8%) , неудовлетворительный прогресс родов – 5 (12,2%), дистресс плода - 4 (9,8%), рубец на матке - 21 (51,2%).

В программе антенатального ухода первичного звена обязательными являются занятия с беременными по актуальным вопросам течения беременности и родов и в том числе о послеродовой контрацепции. На этих занятиях женщинам проводится первичное консультирование о различных видах контрацепции. Это способствует выбору того или иного метода женщиной самостоятельно, как наиболее приемлемый способ для нее.

Как показали наши исследования, на первом году после родов контрацепцией были охвачены всех 160 женщин, согласно данным амбулаторной карты. Виды контрацепции у обследованных женщин распределились следующим образом: ВМС – 88 (55%), применение КОК – 31 (19,4%), лактационная аменорея 22 (13,8%), барьерный метод использовали 10 (6,3%). ДХС было произведено во время операции кесарево сечение после четвертых родов у 3-х женщин (1,9%). Однако 6 (3,6%) женщин отказались от применения контрацепции. Таким образом, на первом месте стоит введение ВМС, на втором – применение препаратов КОК.

Проведение послеродового патронажа женщин позволило выявить насколько эффективным является выбранный ими метод контрацепции. Так, среди носителей ВМС у 5 (5,7%) женщин произошла экспульсия, которая явилась показанием для ее удаления. Среди пользователей КОК у 5 (16%) женщин наступила беременность, т.к. они пропустила прием таблеток в течение нескольких дней. Следовательно, интергенетический интервал у этих женщин составлял 4-6 месяцев. Это указывает на недостаточную осведомленность женщин о необходимости регулярного приема и о применении правила «забытых» таблеток. Среди женщин, которые пользовались барьерным методом забеременели 3 (30%). Женщины, пользовавшиеся методом лактационной аменореи, в 54,5% случаях (12 случаев) забеременели в течение первых 6 месяцев после родов. Основной причиной наступления беременности было применение докорма, нарушение ритма грудного вскармливания.

Таким образом, у 25 (15,6%) женщин наступила беременность в течение первых 10 месяцев на фоне применения какого-либо вида контрацепции, в том числе у 2х (8%) женщин после первых родов. Из них наименее эффективным оказался метод лактационной аменореи, на втором месте – барьерный метод. Полученные результаты указывают на недостаточно проведенные консультирования по выбору и применению методов контрацепции.

Выводы. Эффективность послеродового метода контрацепции зависит от его вида и степени знания пользователя об этом методе. Выбор метода и комплаенность пользователя при его применении позволит снизить частоту наступления нежелательных беременностей.

FEATURES OF MYOCARDIAL ADAPTATION IN CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN LIVING IN THE ARAL REGION

Agzamova Sh.A., Babadjanova F.R.
Tashkent Pediatric Medical Institute, Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Relevance. The structure of cardiovascular pathology in childhood has undergone significant changes in recent decades. The reduction of the specific gravity of rheumatic diseases and infectious myocardial lesions occurs against the background of an increase in the number of cases of congenital heart defects, heart rhythm and conduction disorders, cardiomyopathies. The prevalence of congenital heart defects is high - 30% of all congenital malformations. The generally accepted minimum estimated rate of congenital heart defects is 8 cases per 1,000 live births. The total mortality rate for congenital heart defects is extremely high, by the end of the 1st week 29% newborns die, by the 1st month - 42%, by the 1st year - 87% children. It is known that highly sensitive C-reactive protein and troponin I, as well as natriuretic peptide and dehydrogenase butyrate, can on various sides characterize the state of tissue homeostasis in the body in general and in the myocardium in particular, as well as indicate energy disorders. Changes in biochemical processes often accompany hemodynamic disorders occurring in the body in the early stages of myocardial dysfunction, hypoxia, chronic heart failure.

The purpose of the study. To study the features of myocardial adaptation in congenital heart defects in children living in the Aral Sea region, with the subsequent development of an integrated approach to rehabilitation measures in the conditions of primary health care.

Material and research methods. On the basis of the central multidisciplinary polyclinic of the Khankinsky district of the Khorezm region, 120 children of early and preschool age will be examined. Children will be divided into 2 groups: the main - 90 children with UPU and the control - 30 healthy children. We conducted:

1. Physical examination, as well as copying of data from medical documentation (f-111, f-112, 25) with their verification with the results of their own examination; examination of narrow specialists - neurologist, nephrologist, endocrinologist and oculist as necessary (in order to exclude hereditary pathology);
2. Laboratory research methods: determination in serum of the level of high-sensitivity C-reactive protein - CRPhs, high-sensitivity troponin I - hsTnI, cerebral natriuretic peptide - NT-proBNP and dehydrogenase butyrate;
3. Functional research methods: electro- and echocardiography with dopplercardiography.

Scientific novelty. For the first time, based on a comprehensive study of the health of children of the first year of life with UPU, the following were established: frequency of occurrence, structure and risk factors of UPU in the children's population of the Khanka district of the Khorezm region; Criteria for the rehabilitation reserve of the cardiovascular system in children with unregulated UPU will be developed and implemented with the improvement of rehabilitation methods for UPU in children in primary health care settings.

Conclusion: on the basis of our research, the criteria for the rehabilitation reserve of the cardiovascular system in children with unregulated upu have been introduced into practical health care, as well as methods for rehabilitation measures in children with upu at the preoperative stage have been improved.

INFLUENCE OF ADAPTATION LEVEL ON FUNCTIONAL INDICATORS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF CHILDREN IN SOUTHERN ARAL REGION

Khudayberganov M.R., Babadjanova F.R
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Relevance: ehe study of the effect of the level of adaptation on the functional indicators of the cardiovascular system (CCC) of children is one of the problems of modern pediatrics.

The purpose of the study is to determine the functional indicators of the cardiovascular system and changes in the electrocardiogram (ECG) in children at different levels of adaptation.

Materials and methods. A survey was conducted on 121 children between the ages of 1 and 3. All children were in health groups 1 and 2. The level of adaptation was determined by the results of autonomic regulation of heart rhythm. The functional state of the cardiovascular system was assessed by heart rate (HR), blood pressure (BP) level, minute blood volume (MBV) value.

Results. Of 121 children, 72 per cent identified adaptation disorders, which in 21.6 per cent were reflected in their tension, and 50.4 per cent in unsatisfactory condition. The majority (87.4%) of children with poor adaptation were in group 2 health. When analyzing functional indicators of cardiovascular system in children, it was revealed that with worsening adaptation, HR and systolic BP (SAD) increased in directly proportional dependence. So, in children with strenuous adaptation, HR was on average 3.3% more than in children with satisfactory adaptation. A significant increase in HR of 12.3% was observed in all children during the transition to a state of unsatisfactory adaptation. A similar conclusion follows in the analysis of the MBV. The MBV value increased by 3.4% in children with strenuous adaptation and by 12.4% in children with unsatisfactory adaptation compared to the MBV value in children with satisfactory adaptation. In the analysis of ECG results, various changes were established, which were revealed in 79.3% of cases. Moreover, the number of children having changes in ECG increased with the deterioration of their adaptive capabilities. With satisfactory adaptation, changes were recorded in 56.5% of cases, and with adaptation disorders (tense and unsatisfactory) - in 80.3 and 80.8% of cases, respectively.

Conclusion. A significant number (72 per cent) of young children have been found to have adaptation disorders, which are reflected in their stress (21.6 per cent) or poor condition (50.4 per cent). Adaptation of young children to environmental conditions is achieved by increasing the burden on cardiovascular system. As adaptation capabilities deteriorate, the numbers of HR, ATS, IOC and the number of children with ECG changes increase.

ПРЕЭКЛАПСИЯ, ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Бабажанова Г.С., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1,
Гаипова Н.М. - магистр кафедры акушерства и гинекологии №1.
Ташкентская медицинская Академия

Актуальность. В мире около 15% беременные женщины страдают гипертензивными нарушениями. Преэклапсия - состояние, обусловленное нарушением функции нескольких систем; после 20 недель беременности у ранее нормативной женщины, обычно проявляется артериальной гипертензией и протеинурией. По оценкам исследователей, по всему миру более полумиллиона женщин умирают каждый год от причин, связанных с беременностью, среди них преэклапсию и эклампсию, обуславливают 40 000 - 50 000 случаев материнской смертности (МС).

По данным литературы, женщины перенёсшие ПЭ во время беременности имеет высокий риск на развитие артериальной гипертензии, ишемическую болезнь сердца, тромбоз и инсульта.

Цель исследования. Изучение объективных прогностических критериев в первой половины беременности при тяжелой преэклапсии.

Материалы и методы. За период 2020-2021гг. в РПЦ проведено комплексное динамическое обследование 116 пациенток (18-45 лет), имевших однополую беременность и родивших живых доношенных детей. В исследование не включали женщин с многоплодной беременностью, СД и ЭКО. В зависимости от исходов беременности и родов были сформированы две группы. В основную группу вошли 86 беременных с умеренной и тяжелой ПЭ, в контрольную группу 30 беременных с физиологической течением беременности и родов. Степен тяжести ПЭ устанавливается в соответствие с клиническими рекомендациями «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклапсия. Эклампсия» 2015г.(7).

Всем пациентам проведено комплексное обследование в первой половине беременности, совпадавшее по времени с периодами завершения первой и второй волн инвазии трофобласта (11-13 и 17-20 недель), включавшее в себя акушерское обследование, эхокардиографическое исследование центральной материнской гемодинамики с учетом параметров ударного (УО) и минутного (МО) объемов, ударного (УИ) и сердечного (СИ) индексов, общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), ЧСС, АД с последующим выяснением типов центральной гемодинамики (эу-, гипер- или гипокинетически тип).

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что более половины обследованных (63,6%) были в возрасте от 18 до 35 лет. Выявлено при анализе течение предыдущих родов и беременности, что ранее клиническое проявление ПЭ имели 5,9% пациенток из контрольной и 23,2% из основной группы (p>_ 0.05). У беременных с ПЭ достоверно чаще (p>_ 0,05) выявлено экстрагенитальные заболевания: ССС, воспалительные заболевание мочевыделительной системы, метаболическое нарушения. Повышение АД при отсутствие диагноза гипертензии диагностировали у 34,4%, гипертоническую болезнь у 11,2% женщин. В основной группе 20,0% женщин имеет в анамнезе хронический пиелонефрит. У женщин с ПЭ хронические воспалительные заболевание матки и придатков в основном группе 24%, в контрольном группе 6%. каждая пятая женщина с ПЭ имела эндокринные заболевание (СПКЯ, галакторея). Метаболический синдром и алиментарное ожирение диагностированы у 14,4% женщин основной группы. Течение первой половины настоящей беременности у пациенток с ПЭ характеризовалось симптомами угрожающего раннего выкидыша (60,0%), отслойки хориона (43,2%), а также рецидивирующей угрозы прерывания беременности (33,6%). УЗД и доплерометрическое признаки плацентарной недостаточности выявили у 48,8% женщин с ПЭ. У пациенток с умеренной ПЭ отеки нижней конечности впервые появились на сроке 27-30 неделя с добавлением гипертензии через 2-3 недели. Клинические симптомы тяжелой ПЭ зафиксировались на 2-4 недели ране, чем ПЭ средней тяжести. При этом отмечается повышение АД, затем отечный синдром и протеинурия.

Оценка функциональной активности элементов плодного яйца и децедуальной оболочки показала, что у пациенток с ПЭ концентрация В-ХГЧ были ниже со сравнением данных контрольной группы.

Выводы. Критериями для группы риска следует считать – наличие в анамнезе заболевание ССС, метаболические нарушений, хронические очаги инфекции, ПЭ в предыдущих родах, осложнение первого триместра беременности, данные биохимического скрининга.

Таким образом, проблема приэкламсии у беременных имеет не только медицинское, но и важное социальное значение.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕБИОТИЧЕСКОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ

Базарова М.У., Урмонжонов Н.Ф
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) характеризуется высокой распространенностью среди детей и подростков и имеет большую медико-биологическую и социальную значимость. Одним из нарушений со стороны ЖКТ является изменение качественного и количественного состава микрофлоры, населяющей пищеварительный тракт (дисбактериоз). Функциональное значение микробиоты для организма человека заключается как в поддержании локальных (местный иммунитет кишечника), так и в осуществлении системных функций путем реализации дистанционных и внутриклеточных взаимодействий. Пребиотики, являясь одними из необходимых компонентов питания, относятся к биологически активным добавкам немикробного происхождения, не перевариваемым в кишечнике, способным посредством стимуляции роста и метаболической активности нормальной микрофлоры кишечника оказывать позитивный эффект на организм. К ним относятся пищевые волокна, потребление которых для населения, проживающего в условиях радиоэкологического неблагополучия, от доли сложных углеводов должно составлять не менее 10%.

Целью данного исследования была оценка обеспеченности рационов питания детей дошкольного возраста пищевыми волокнами во взаимосвязи с состоянием их здоровья.

Методы и результаты. Анализ рационов питания обследованного контингента детей выявил дефицит пищевых волокон более чем у 2/3 детей дошкольного возраста, поступление которых с пищей всего лишь на 49,2% удовлетворяет потребностям организма. За счет домашнего питания в будние дни потребление пищевых волокон было компенсировано дополнительно на 25,1%, с учетом домашнего питания в выходные дни – на 85,8% от должного уровня. Выявленный дисбаланс в поступлении пищевых волокон не мог не отразиться на состоянии микробиотов организма, что проявляется в специфической симптоматике функциональных нарушений ЖКТ, среди которых преобладают различные проявления дисфункции кишечника (35,1%), снижение аппетита (14,9%) и запоры (13,9).

Вывод: выявленный дефицит пребиотиков в рационах питания дошкольников наряду с имеющимися признаками дисбиотических нарушений более чем у 1/3 детей указывает на необходимость осуществления целенаправленной коррекции организованного питания.

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗУ

Бахавадинова З.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) - тяжелое заболевание, которое характеризуется снижением сократительной функции миокарда, обусловленной первичным внутренним дефектом поврежденных кардиомиоцитов, кардиомегалией за счет выраженной дилатации полостей сердца, особенно левого желудочка. Это сопровождается прогрессирующей хронической сердечной недостаточностью, часто рефрактерной к проводимой терапии.

Заболевание характеризуется тяжелым течением, часто приводит к инвалидности и сопряжено с высоким риском смертельного исхода. Заболеваемость ДКМП, по данным различных авторов, значительно разнится, что обусловлено, вероятно, различием подходов, применяемых методов исследования, отсутствием специфических критериев диагностики.

Цель исследования. Изучить особенности течения ДКМП у детей и причин поздней диагностики в Самарской области.

Материалы и методы исследования. Проводилось ретро- и проспективное исследование 8 детей в возрасте от 1 до 13 лет, наблюдавшихся на базе АОДБ с 2019–2021 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 дилатации 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.

Выводы. Дети, перенесшие ОРИ и занимающиеся спортом, должны проходить ЭКГ и пробу с физической нагрузкой. Изменения на ЭКГ должны служить показанием к проведению ЭхоКГ.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ

Бахавадинова З.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. **Актуальность темы об**условлена важностью поиска в подходе к индивидуализированному медико-социальному сопровождению детей, что имеет большое значение в формировании здоровья и реабилитации его нарушений.

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.

Выводы. 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.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ – СИНДРОМ ЛОУ

М.М.Болтабоева, М.Ш.Ганиева, Л.К.Рахманова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Врожденная патология мочевой системы нередко развивается скрыто, прогрессирует без выраженных экстраренальных проявлений и обращает на себя внимание лишь при развитии симптомов почечной недостаточности [1,2,3,4]. Маркером наследственных и врожденных заболеваний различных органов и систем, в том числе почечной, считается наличие стигм дизэмбриогенеза соединительной ткани, или малых аномалий развития.

Материал и методы исследования. В ОДММЦ в нефрологическое отделение поступил ребенок 2,5 лет, родители которого жаловались на отёки по всему телу, олигурию, косоглазие, отставание в умственном и физическом развитии.

Результаты исследования. Из анамнеза выяснилось, что ребенок родился от родителей из близкородственного брака. Во время беременности особых жалоб у матери не отмечалось, только незначительный токсикоз и анемия. Роды протекали без осложнений. Объективно: состояние девочки на момент обращения тяжелое за счет симптомов общей интоксикации: вялость, капризность, низкий аппетит. Девочка значительно отстаёт в физическом развитии (не ходит, зубов всего 14), в интеллектуальном развитии (не говорит, на вопросы не отвечает). Кожные покровы бледные, выраженные отёки по всему телу. Костно-мышечная система – Х-образная деформация ног, тонус мышц конечностей снижен. Также отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: короткая шея, низкий лоб, низкий рост волос, оттопыренные и низко расположенные уши, короткая уздечка. Дыхание в легких жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Живот мягкий, увеличен за счёт асцита, печень + 2 см увеличена, безболезненна. Мочеиспускание редкое, по-малу, моча желтого цвета. Стул регулярный. При осмотре окулиста выявлено косоглазие и ретинопатия. Осмотр невропатолога – органическое поражение ЦНС. На основе обнаружения такихсимптмомов как церебральный, окулярный и нефротический ребенку выставлен синдром Лоу.

Вывод. Воздействия разных патогенных факторов (эндогенных – родственный брак и экзогенных - токсикозы) на плод на раннем этапе развития до 7-8 недель может привести к развитию пороков внутренних

органов, в частности пороков почек. Обнаружение стигм дизэмбриогенеза у детей данной категории детей требует исключения врожденной почечной патологии. Для профилактики данных заболеваний требуется проведение широкой просветительной работы с населением, исключение родственных браков.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ганиев Абдуращид Ганиевич
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время в структуре хронической патологии взрослого населения лидируют сердечно-сосудистые заболевания, хронические неспецифические заболевания лёгких, онкологические заболевания и обменные нарушения. Одним из ведущих факторов риска развития главных неинфекционных заболеваний являются дефекты питания, зачастую обусловленные стереотипами пищевого поведения, сформированными в детстве. Поэтому их диагностика и своевременная коррекция представляет собой базис сохранения здоровья не только подрастающего поколения, но и всего населения на перспективу.

Цель исследования - обоснование путей оптимизации фактического питания учащихся на основе анализа их пищевых предпочтений.

Материалы и методы. Изучение стереотипов пищевого поведения осуществлялась анкетно-опросным методом среди 413 учащихся 10-17 лет (52,3% девочек и 47,7% мальчиков). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ MS Excel.

Результаты исследования. Анализ ассортимента предпочитаемых блюд позволил выявить стереотипы пищевого поведения учащихся, которые усугубляются с возрастом. В иерархии их вкусовых предпочтений лидирующее место занимает выпечка 75,5%, напитки 71,9% (в числе которых сладкая газированная вода) и вторые блюда 50,1% (включая сосиски и колбасные изделия), что подтверждается и ассортиментом реализованной в школьном буфете продукции. В выборе всего лишь 1 / 3 детей и подростков присутствуют свежие фрукты, 10-15% (среди детей 5-6 классов и практически отсутствуют у старшеклассников) - молочные продукты. С возрастом растет количество учащихся, предпочитающих кондитерские изделия. «Углеводная модель» питания более выражена среди лиц мужского пола. Основную массу пищевых отходов школьных столовых формируют овощные гарниры, рыба, суп и крупяные изделия. Как следствие дефектов пищевого поведения, только 1 / 9 всех обследованных учащихся абсолютно здоровы, 1/3 имеет дисгармоничный уровень физического развития за счет избыточной массы тела, 87,9% - различного рода функциональные отклонения и хроническую патологию, у 57,4% отмечаются внутренние факторы риска, усугубляющие неполноценность фактического питания.

Выводы. Пищевое поведение детей и подростков предопределяет формирование определенного статуса питания. Для большинства учащихся общеобразовательных учреждений характерна «углеводная модель питания» и как следствие дисгармоничное физическое развитие, представляющие собой фактор риска развития алиментарно-обусловленной патологии взрослого населения и указывающие на необходимость активизации работы по коррекции фактического питания и формированию навыков здорового пищевого поведения детей и подростков. Оптимизация фактического питания должна строиться с учетом возрастных и гендерных стереотипов пищевого поведения учащихся.

РАСПРОСТРАНЕНОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ганиев Абдурашид Ганиевич
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Актуальность. За последние два десятилетия частота аллергических заболеваний существенно возросла, особенно в экономически развитых странах и в странах с неблагополучной экологической ситуацией. По прогнозам некоторых ученых, XXI век станет веком аллергических заболеваний. В настоящее время уже известно более 20 тысяч аллергенов, и их количество продолжает возрастать. Детская аллергия является одной из актуальных проблем современной медицины. Профилактика и лечение аллергических заболеваний у детей являются одними из наиболее важных вопросов современной медицины. Аллергические заболевания у взрослых во многих случаях начинаются с детства, это определяет важность проблемы.

Цель исследования - изучить особенности распространенности БА у детей с учетом геоэкологического состояния природной среды регионов Андижанской области.

Материалы и методы. Источники данных по использованию природных ресурсов Андижанской области: «Статистический ежегодник Андижанской области от 2019 по 2020».

Результаты и обсуждение Компонентный анализ, проведенный с целью выявления главных факторов, оказывающих влияние на природные ресурсы окружающей среды области, позволил выделить 2 компоненты, объясняющие 83,97% накопленной дисперсии. Первая главная компонента объясняет 67,04% накопленной дисперсии. Вторая главная компонента объясняет 16,93% накопленной дисперсии. Анализ региональных особенностей АЗ детей в анализируемый период показал, что первые ранговые места (высокая заболеваемость) в целом по АЗ (БА, АР, АтД) занимает Асакинский, Кургантепинский и Андижанский районы. Высокая по области заболеваемость одновременно БА, АР и АтД отмечается в Асакинский районе, АтД - в Андижанском районе, АР - в Асакинском (+ г. Асака), БА - в Кургантепинском районе. Территории Андижанского, Асакинского (+ г. Асака).

По результатам проведенного исследования можно заключить, что пространственная вариация показателя заболеваемости БА, АР и АтД детского населения в возрасте 0-18 лет находится во взаимосвязи с эколого-гигиеническим состоянием окружающей среды Андижанской области. Ведущие факторы по результатам компонентного анализа, оказывающие влияние на риск их развития, - загрязнение водных ресурсов и воздуха жидкими и газообразными загрязняющими веществами. В соответствии с последними результатами исследования ученых изменение структуры АЗ в сторону преобладания частоты кожной аллергии, рост распространенности хронических АЗ дыхательных путей является результатом нарушения барьерных свойств этих систем вследствие патогенетического воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды.

Результаты исследований по распространенности АЗ в районах с разным геоэкологическим состоянием природной среды могут быть полезными при разработке планов мероприятий по профилактике, лечению и реабилитации детского населения с этой патологией. Лечебно-профилактические мероприятия необходимо проводить с учетом региональных особенностей геоэкологического состояния природной среды. Осуществление таких мероприятий необходимо вести по нескольким направлениям: длительный мониторинг состояния здоровья детского населения, коррекция выявленных нарушений, проведение природоохранительных мер, информирование медицинских работников о степени загрязнения окружающей среды, последствиях техногенных воздействий и возможных превентивных мерах по их предотвращению.

Выводы. 1. Проведено ранжирование территорий области по уровню заболеваемости АЗ. Высокая заболеваемость в пределах области одновременно БА, АР и АтД отмечается в Асакинском районе,

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

М.Ш.Ганиева, Д.Н.Муродиллаев, Н.М.Маджидова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Анализ данных литературы и результаты собственных наблюдений и исследований свидетельствуют о том, что пиелонефрит в детском возрасте отличается упорным течением и непредсказуемым прогнозом. Поэтому чрезвычайно важным является изыскание новых эффективных способов лечения детей, больных пиелонефритом. Однако остаётся не до конца изученной роль иммунологических реакций в патогенезе острого и хроническогопиелонефрита [1,2,3,4].

Цель работы: Изучить состояние клеточного и гуморального иммунитета при острых и хронических пиелонефритах у детей в зависимости от возбудителя заболевания, разработать критерии эффективности лечения пиелонефрита с учетом включения в комплексную терапию иммунокорригирующих препаратов.

Материал и методы исследования.Работа проводилась на базе нефрологического отделения Областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижан в период с 2017-2020 гг. Под нашим наблюдением находилось 80 детей (30 мальчиков и 50 девочек) в возрасте от 1 года до 18 лет с манифестными клинико-лабораторными проявлениями острого пиелонефрита (42 больных) и хронического необструктивного пиелонефрита пиелонефрита (38 детей). У наблюдаемых больных общепринятыми методами проводились общеклинические, биохимические, бактериологические, инструментальные и иммунологические исследования.

Результаты и их обсуждение. При посевах мочи у наблюдаемых нами больных в 50% случаев был выделен стафилококк, в 38% кишечная палочка, в 7 % - клебсиелла, в 5 % - протей. Несмотря на то, что возбудителями пиелонефрита у наблюдаемых детей были разные микроорганизмы, каких-либо отличительных особенностей клинико-лабораторных проявлений заболевания, вызванного стафилококком, кишечной палочкой, протеем и клебсиеллой, у них не отмечалось. Не отмечалось существенной разницы и в иммунологических показателях. Однако, у детей с пиелонефритом при поступлении в стационар

выявлялось небольшое увеличение иммуноглобулина G (P<0,05), во все сроки исследования – небольшое понижение концентрации иммуноглобулина A(P<0,05) и выраженное увеличение содержания иммуноглобулина M в сыворотке(P<0,01-0,001).

У 56 больных на основе выделенных возбудителей в качестве базисного антибактериального препарата нами были использованы цефалоспорины и гентамицин. 60 больным в комплекс лечения был включен препарат виферон. 20 больных пиелонефритом детей (8 с острым пиелонефритом и 12 с хроническим пиелонефритом), в комплекс лечения которых не был включен виферон, составили контрольную группу. У больных пиелонефритом, получавших в составе комплексной терапии прововирусный препарат виферон, отмечалось более быстрое исчезновение основных клинических симптомов заболевания и тенденция к нормализации лабораторных показателей. У детей же после курсов традиционного лечения во все сроки исследования сохранялся дефицит Т-лимфоцитов и хелперов, увеличение количества В- и О- клеток в крови (P<0,02 - 0,001). Однако у больных, получавших виферон, регистрировался менее выраженный дефицит Т-лимфоцитов и более низкое содержание в крови) О- клеток, нежели у больных, получавших традиционное лечение (P<0,02 - 0,001).

Выводы: 1. Несмотря на то, что возбудителями пиелонефрита у наблюдаемых детей были разные микроорганизмы, каких-либо отличительных особенностей клинико-лабораторных проявлений заболевания и иммунологических показателей у них не отмечалось.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

М.Ш.Ганиева, М.М.Болтабоева, Н.М.Маджидова, Д.Н.Муродиллаев
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность темы. Анализ данных литературы и результаты собственных наблюдений и исследований показывают упорность течения и непредсказуемость прогноза болезни при пиелонефритах у детей. Вследствие этого поиск новых способов лечения является особенно актуальным..

Цель исследования. Определить влияние лимфотропной антибактериальной терапии и препарата Уроваксом на иммунологические сдвиги при хронических пиелонефритах у детей.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 52 ребенка, больных хроническим пиелонефритом (25 мальчиков и 27 девочек) в возрасте 6-18 лет. Всем исследуемым детям был определён план обследования, включающий клиническое обследование, общеклинические, биохимические, инструментальные, бактериологические и иммунологические исследования (основные показатели клеточного и гуморального иммунитета) Все исследуемые дети разделены на 2 группы: основная группа – 18 детей, которым антибиотик вводился лимфотропно, а также им был назначен препарат Уроваксом. Контрольную группу составили - 34 ребенка, которые получали антибиотик внутримышечно и традиционный арсенал уроантисептиков и фитотерапию.

Результаты исследования: По общим анализам крови, мочи, кала, биохимическим показателям, рентгенологическим исследованиям и УЗИ почек полученные данные существенно не отличались от данных литературы. Существенное значение уделено бактериологическому и иммунологическому исследованиям (определение количества Т-, В – и О – лимфоцитов и их субпопуляций, иммуноглобулинов А, М, G).

При посевах мочи у 58,9% больных выделена кишечная палочка, у 13,2% - протей, у 6%-клебсиелла, у 22,9%- стафилококк. Клиническое течение болезни, несмотря на разновидность возбудителей, существенно не различалось. У всех больных выявлялась высокая чувствительность к оксампу, ципроксу, цефотаксиму, которые и составили основу базисной терапии больных. В контрольной группе эти антибиотики вводились внутримышечно в возрастной дозе. В основной группе больных также использовался оксамп или цефотаксим лимфотропно в половинной суточной дозе однократно. В комплекс лечения этой группы детей включён препарат Уроваксом 1 раз в сутки в течение 1 месяца.

В контрольной группе больных пиелонефритом при поступлении в стационар имело место значительное уменьшение количества Т-лимфоцитов (P<0,001), что сохранялось через две недели от начала лечения (P<0,001) и даже перед выпиской из стационара (P<0,001). Наряду с этим у этих больных во все сроки исследования имело место уменьшение количества Т-хелперов и увеличение числа Т-супрессоров, снижение отношения Тх/Тс (P<0,01 - P<0,001), повышение процентного содержания 0-клеток (P<0,001) при отсутствии достоверных изменений числа В-лимфоцитов в крови. Кроме того, у детей с пиелонефритом при поступлении в стационар выявлялось незначительное снижение уровня иммуноглобулина G (P<0,05), во все сроки исследования – небольшое понижение концентрации иммуноглобулина А (P<0,05) и выраженное увеличение содержания иммуноглобулина М в сыворотке (P<0,01-0,001).

Сравнительный анализ результатов исследований у детей основной и контрольной группы показал неоднозначные сдвиги иммунологических показателей. У детей контрольной группы, получавших антибиотики традиционным способом, во все три срока исследования сохранялся дефицит Т-лимфоцитов и хелперов, увеличение количества В- и 0- клеток в крови (P<0,02 - P<0,001), содержание иммуноглобулина G

было нормальным, иммуноглобулина А пониженным, а количество иммуноглобулина М в сыворотке повышалось (P<0,001).

У больных, которым антибиотик вводился лимфотропно и принимали Уроваксом, во второй срок исследования отмечалось уменьшение содержания Т-лимфоцитов, хелперов и В-клеток (P<0,01) на фоне увеличения количества супрессоров и 0-лимфоцитов в крови (P<0,01, P<0,001). Но выявленные изменения содержания популяций и субпопуляций лимфоцитов в крови больных, получавших лимфотерапию и Уроваксом, оказались менее выраженными, чем у детей контрольной группы. Перед выпиской из стационара у детей основной группы регистрировалась нормализация количества Т-лимфоцитов, хелперов и супрессоров, при сохранении уменьшенного числа В-лимфоцитов (P<0,001) и небольшого увеличения числа 0-клеток в крови. Во второй срок исследования при лимфотропном введении антибиотиков имело место снижение содержания иммуноглобулина G (P<0,01), а также небольшое снижение содержания иммуноглобулина А. Повышение концентрации иммуноглобулина М в сыворотке крови у данных больных было менее выраженным, чем в контрольной группе больных.

Выводы: 1. У больных пиелонефритом, подвергавшихся непрямой лимфатической антибактериальной терапии и принимавших Уроваксом, имело место более быстрое исчезновение основных клинических симптомов заболевания и тенденция к нормализации лабораторных показателей. Они выписывались из стационара на 2-4 дня раньше больных, получавших антибиотики традиционными способами. А также снизилась частота рецидивов болезни.

2. Сравнительный анализ иммунологических сдвигов в группах детей с традиционными методами антибактериальной терапии и детей, получавших антибиотик лимфотропно и препарат Уроваксом, свидетельствуют о более высокой терапевтической эффективности последнего, что подтверждается более быстрым наступлением клинико-лабораторной ремиссии и нормализацией иммунологических показателей.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ

М.Ш.Ганиева, Л.К. Рахманова, М.М.Болтабоева, Н.М.Маджидова
Кафедра Госпитальной и неотложной педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нефронофтиз Фанкони (синоним: семейный ювенильный нефронофтиз) относится к семейным заболеваниям с аутосомно-рецессивным типом наследования и характеризуется полиурией и полидипсией, постепенным развитием ХПН. Возможны нечастые случаи спорадического заболевания. Этиология и патогенез остаются неясными. Предполагают, что первичным является дефект в ферментных системах дистальных канальцев, ведущий к дегенерации их эпителия и фиброзу интерстициальной ткани. Старт заболевания незаметный. Первыми симптомами являются полидипсия, полиурия и никтурия, которые появляются в возрасте 2-3 лет и на протяжении ряда лет могут быть единственными признаками патологии. Отеков нет, АД физиологическое, небольшая протеинурия (до 0,5- 1,0 г/сут). На протяжении ряда лет может оказаться изолированное ограничение функции почек по осмотическому концентрированию, порой — сольтеряющий симптомокомплекс, и транзиторное увеличение осмолярности плазмы в период обезвоживании. Течение нефронофтиза прогрессирующее, с постепенным склерозированием интерстиция и клубочков, понижением клиренса эндогенного креатинина и развитием ХПН по тубулярному типу. При экскреторной урографии почки нормальных размеров или несколько уменьшены, отсутствуют симптомы аномалии развития мочевых путей.

Диагноз основывается на следующих данных: 1) семейный характер патологии; 2) появление первых симптомов патологии после 2-3-летнего возраста в виде полиурии, полидипсии и задержки физического развития; 3) нарушение концентрационной функции почек с последующим развитием ХПН в связи с неумолимо прогрессирующим течением патологии. Нефронофтиз требуется дифференцировать от болезней, начинающихся с нарушения концентрационной и иных канальцевых функций и часто заканчивающихся ХПН, в том числе от симптомокомплекса Фанкони, который в отличие от нефронофтиза сопровождается глюкозурией, фосфатурией и аминоацидурией, свидетельствующими о поражении проксимальных канальцев.

В отделение нефрологии ОДММЦ города Андижана 5.02.2018 года поступила больная девочка Ахмаджанова М. 2009 года рождения с жалобами на слепоту девочки с рождения, полиурию, жажду, тошноту, рвоту, изменения в анализах мочи, периодически боли в ногах, слабость, утомляемость. Из анамнеза выяснилось, что девочка до этого времени лечилась по поводу слепоты в ОДММЦ города Андижан. В Ташкенте были на консультации учёных из Индии и при проведении общеклинических и биохимических анализов выявлена функциональная недостаточность почек. В связи с этим девочка была госпитализирована в нефрологическое отделение ТМА. Из анамнеза выяснилось, что девочка от 5 беременности, 4 родов, протекавших на фоне анемии, токсикозов. Брак родителей близкородственный. Старший и средний сын (родные братья девочки) погибли в возрасте 20 лет от ХПН. Физическое развитие девочки до 1 года и к настоящему времени протекало соответственно возраста. Вскармливание было

естественное до 1,5 лет. Вакцинировалась по плану. Перенесенные заболевания: ангина, ОРВИ, врождённая слепота**.**

Общее состояние девочки средней тяжести – в сознании, физическая активность сохранена. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 80/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с двух сторон. Мочится часто по-многу. Моча светло-желтая. Суточный диурез до 3 литров в сутки. В анализе крови – гемоглобин 76-80 г/л, Эритроциты 3,4 – 3,6 х 10^{12} , лейкоциты 6,7 х10^{9} , СОЭ 8 мм/час. В анализе мочи – удельный вес 1008, умеренная протеинурия, микроскопия осадка в пределах 5-7 лейкоцитов. В биохимическом анализе крови – общий белок 50 г/л, мочевина 28 ммоль/л, креатинин 240 мкмоль/л. На УЗИ почек – паренхима почек несколько гипоэхогенная, структура сохранена.

В данное время девочка получает консервативное симптоматическое лечение, заключающееся в предупреждении обезвоживания (не ограничивается прием жидкости) и интеркуррентных болезней и антиазотемическое лечение леспенефрилом и нефропротекторы. Прогрессирование ХПН в дальнейшем предусматривает перевод ребенка на программный гемодиализ и подготовку к трансплантации почек.

Вывод. Данный случай является доказательством того, что причиной ряда наследственных почечных заболеваний являются близкородственные браки родителей.

EARLY STAGE DIAGNOSTICS OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL COMPLICATIONS IN GYNECOLOGY

Gafurova Sh.M.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. The main cause of death in every third deceased is untimely diagnosis and treatment of postoperative complications, as a result of which irreversible changes develop due to endogenous intoxication and multiple organ failure.

The overwhelming majority of postoperative pathological processes are accompanied by signs of abdominal hypertension in the early stages. In a number of scientific works, the pathomorphological processes occurring in the body in the syndrome of abdominal hypertension were studied, various syndromes, stages, phases of the pathological process are distinguished, issues of tactics and various treatment regimens are considered.However, until now, there is no substantiated program for identifying surgical complications in the early postoperative period. which could consistently, moving from less complex to more invasive diagnostic methods, establish deviations from the normal course and determine the indications for repeated surgical intervention.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients operated on with an abdominal approach by developing and systematizing methods for early diagnosis of complications arising in the postoperative period for their timely detection and elimination by minimally invasive methods.

Materials and research methods. This study is based on the results of a comprehensive examination and treatment of 119 patients who were examined and treated at the AOOC in Andijan.

Research results. In terms of the incidence of complications, acute intestinal obstruction is undoubtedly prevalent - 66 (55.4%) patients, slightly less postoperative peritonitis 54 (45.3%), of which a combination of a combination of peritonitis and intestinal obstruction was detected in 12 patients, in 8 cases abscesses of the abdominal cavity in combination with suppuration of the surgical wound or subcutaneous eventration, in 3 patients the postoperative period was complicated by intra-abdominal bleeding. The number of patients we observed included those who underwent a “on demand” relaparotomy, where convincing diagnostic justifications were needed, “programmed” sanitization relaparotomies were not the subject of our study. The main group consisted of 70 patients who underwent repeated surgery, in whom early stage diagnosis was used, and the comparison group consisted of 49 patients with identical complications of the postoperative period.

It should be noted that a number of patients had an acute inflammatory response syndrome. It was most pronounced in the comparison group in 40 patients, and to a lesser extent in the main group - in 22 patients. Signs of multiple organ failure, according to clinical and laboratory studies, were noted in 88 (82.2%) patients. In most cases, in 62 patients (70%), this was a compensated and subcompensated complication phase.

To characterize the severity of the patient's condition and determine the tactics of treatment, it was important to determine the prevalence of peritonitis.

For the integral assessment of the severity of the patient's condition, we used the APACHE-II and MODS-II scales. To assess the APACHE-II scale, the worst values were taken in the first 24 hours from the moment of clinical manifestations of the pathological process. The total number of "physiological" points is summed up with points for age (from 0 to 6) and points for assessing chronic diseases for patients with organ failure (from 2 to 5, depending on the need and urgency of surgical treatment).

Conclusions. A comprehensive step-by-step study and comparison of clinical and laboratory, radiological data, as well as the dynamics of changes in intra-abdominal pressure and the progression of multiple organ failure according to the MODS-II and ARASSH-I scales after 16 hours indicates the transition of the local phase to the stage of development of tissue necrosis, increased permeability of the intestinal wall and sweating into the abdominal cavity, that is, the development of peritonitis.

The main early informative signs of a complicated postoperative course should be considered an increase in APACHE more than 10 points, SIAG-1-I degree with impaired central hemodynamics, PIR on the J. Pisajo scale of 8 points and higher, positive procalcitonin values, ultrasound and X-ray signs of intestinal hypertension.

The decision to carry out a second surgical intervention or to exclude its necessity should be made only on the basis of a comprehensive examination of the patient with the inclusion of the main parameters of clinical laboratory and radiation research methods in a short time and no later than 16 hours after the onset of signs of intestinal hypertension.

PREVENTION OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN WOMEN OPERATED FOR OVAR APOPLEXIA

Gafurova Sh.M.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. Among the reasons that can lead to a violation of the reproductive health of women, gynecological diseases that require surgical treatment play a special role. Ovarian apoplexy as an etiological factor of intra-abdominal bleeding is in second place after ectopic pregnancy, and its prevalence has increased several times over the past decades, despite the existing progress and the use of high-tech methods of diagnosis and treatment. Ovarian apoplexy in 40% of cases requires immediate surgical treatment, leading to resection of a part of the organ. In the postoperative period, there is an aggravation of impaired reproductive health, a progressive deterioration of hormonal homeostasis, a profound circulatory disorder, which are caused not only by trauma to the ovary and a decrease in the ovarian reserve, but also by the occurrence of an adhesive process in the pelvic organs.

In the available literature, the issues of rehabilitation therapy of patients with ovarian apoplexy using preformed methods, anti-inflammatory treatment and combined oral contraception have been widely studied. However, a comprehensive system for the restoration of reproductive function, aimed at step-by-step preconception training with correction of the hemostasis system, starting from the acute period of ovarian apoplexy, has not been developed. In addition, there are fragmentary data on the structure of gestational and postpartum complications, the prevention of which should form the basis of pregravid preparation. This study is aimed at solving the above problems.

Purpose of the study. Reducing reproductive losses in patients operated on for ovarian apoplexy.

Materials and research methods. To solve the set tasks, the study was carried out in 3 stages. At the first stage, a retrospective analysis of 6635 birth histories for 3 years (2010-2018) was carried out in the AOOC in the city of Andijan. There were identified 62 birth histories of parturient women who had a history of surgical treatment of ovarian apoplexy, which made up the main group. The control group (n = 60) was formed by random sampling from the birth histories of parturient women who had no history of ovarian apoplexy.

Stage II included a laboratory study of the parameters of the hemostasis system of women aged 18 to 35 years (n = 82) in the acute period of ovarian apoplexy before surgery: prothrombin time, thrombin time, international normalized ratio, fibrinogen, activated partial thromboplastin time, soluble fibrin monomeric complexes, von Willebrand factor, antithrombin III, aggregatogram.

At stage III, clinical and laboratory examination of women aged 18 to 35 years (n = P2), who underwent surgical treatment for hemorrhagic form of ovarian apoplexy, was carried out. At this stage, the patients were divided into 2 groups (in the framework of a prospective open-label randomized comparative study in parallel groups).

Research results. The results of our study indicated a high incidence of premature rupture of amniotic fluid in pregnant women with a history of ovarian apoplexy - 29% versus 13.3% ($p < 0.05$, OR = 2.67 [1.05-6.7]) - which is consistent with the literature data. According to modern information sources, the incidence of other complications of childbirth did not exceed the population average. However, in the course of our retrospective analysis, fundamentally different results were obtained. Rapid labor was observed 9.5 times more often in women in labor in the main group - 16.1% versus 1.7% ($p < 0.05$, OR = ll, 35 [1.40-91.66]). In addition, in every third woman, childbirth was complicated by cord entanglement ($p < 0.05$, OR = 2.9.

According to a number of authors, bleeding in the early postpartum period was observed in isolated cases and did not exceed the average population frequency. According to our data, postpartum blood loss in postpartum women in the main group was significantly greater than in the control group - 380 ± 40 ml versus 280 ± 20 ml, respectively ($p < 0.05$). In addition, hypotonic bleeding in the early postpartum period was 8.5 times more common in women with a history of ovarian apoplexy - 14.5% versus 1.7% ($p < 0.05$, OR = 10.02 [1.22- 81.74]).

According to a number of authors, pregnant women with the pathology under study were statistically more likely to deliver by surgery based on a combination of relative indications - anomalies of labor, preeclampsia, and a narrow pelvis. In our study, we did not find similar data: in the main group and in the control group, the frequency of cesarean section did not differ ($p > 0.05$).

The assessment of newborns according to the Apgar scale did not have statistically significant differences in the compared groups: in the main group it was 7.61 ± 0.5 points in the first minute and 7.87 ± 0.3 points in the fifth minute, in the control group - 7.72 ± 0.4 and 7.92 ± 0.5 points, respectively ($p > 0.05$). The neonatal period was characterized by the development of such complications as cerebral ischemia, morphofunctional immaturity, hyperexcitation syndrome, inhibition syndrome, torticollis, cephalohematoma in both groups in equal percentages ($p > 0.05$).

Conclusions. Thus, pregnant women who had a history of surgical treatment of ovarian apoplexy should be referred to the risk group for the development of early miscarriage, complicated gestational course, childbirth and the postpartum period (preeclampsia, gestational anemia, premature discharge of amniotic fluid, entwined strong labor with a rapid course of labor, pathological blood loss during childbirth, hypotonic bleeding in the early postpartum period). The practical significance of our data lies in the validity of the development of rehabilitation measures and pregravid training aimed at restoring reproductive health and preventing complications of pregnancy and childbirth in women of this risk group.

РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Валиева К.Н., Салиева Н.И.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент

Актуальность проблемы. Врожденное высокое стояние лопатки или болезнь Шпренгеля – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. При болезни Шпренгеля наблюдается комплекс аномалий развития, основными проявлениями которого являются: нарушение пространственного положения, роста и деформация лопатки, смещение в краниальном направлении проксимального конца ключицы, гипоплазия мышц надплечья и туловища, вплоть до полной их аплазии, нарушение функционального состояния нервно–мышечного аппарата, патология со стороны магистральных сосудов и нарушение периферического кровотока.

Цель - изучение патологических изменений формы лопаточной кости у детей с врожденным высоким стоянием лопатки с применением МСКТ исследования.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 42 детей с врожденным высоким стоянием лопатки, лечившиеся в отделении детской ортопедии ГУ РСНПМЦТО МЗ РУ за период с 2005 по 2020 гг. МСКТ исследования проводили у 42 детей при поступлении ребенка и через 3 недели при повторном поступлении после операции в рентгенодиагностическом отделении на аппарате Neuviz 64 фирмы Neusoft (производство - Китай).

Результаты исследования. Уменьшение размеров лопаточной кости по сравнению со здоровой стороной отмечали у всех детей в разной степени. У 25 детей длина лопатки была до два раза уменьшена по сравнению со здоровой стороной, у остальных 15-25%. Краниальное смещение лопаточной кости отмечали у всех детей в разной степени: до 2 см у 1 ребенка, от 2 до 5 см – у 11 и свыше 5 см – у 71 больных. Ротация лопатки в сагиттальной плоскости нами отмечено у 71 детей. Только в трех случаях легкой формы патологии не обнаружили патологическую ротацию.

При МСКТ исследование омовертебралная кость обнаружено у 13 больных детей, форма и размер было различной конфигурации, как гороховидной, сесамовидной, ладьевиднообразной, косотриугольной, плоскоклиновидной, округлоклиновидной, булавовидной формы и был соединен широким краем лопаточной костью или между верхним углом лопатки в виде синхондроза или синостоза. Соединение у 3 в виде синостоза, а у остальных – синхондроза. Укорочение ключицы обнаружили у 7 детей. Ключица часто занимала косое положение углом открытым кверху по отношению оси позвоночника – была приподнята акромиальный конец ключицы. У 37 детей со средней и тяжелой степенью болезни Шпренгеля выявили различные деформации грудной клетки и ребер. У 9 детей различная деформация грудной клетки, у 7 детей рахитическая килевидная, у 2– воронкообразная деформация грудной клетки, 9 детей с синдромом Поланда, 10 детей с синдром Клиппеля-Фейля. Кроме того, ребра искривлены, деформированы на стороне поражения и уменьшена в размерах. У 13 детей отмечали частичные и полные синостозы, у 8 детей синостозы с аплазией ребер, аплазия и гипоплазия ребер у 5 детей на стороне поражения.

Выводы: Таким образом, МСКТ исследования является незаменимым методом диагностики состояния костной системы при болезни Шпренгеля у детей. Несомненным преимуществом МСКТ исследования было анализ формы и размеров каждых элементов костной системы плечевого пояса, грудной клетки и позвоночника, что позволило объективно оценить формы, размеры, пространственное взаимное положение костей и планировать план оперативного лечения.

РОЛЬ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Халимов Р.Дж., Рахматуллаев Х.Р., М.Э. Ирисметов
РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Точная диагностика стадий патологического процесса при болезни Пертеса имеет важное значение при выборе тактики лечения. Как известно, болезнь Пертеса возникает в диспластически измененном тазобедренном суставе. Диагностика стадий патологического процесса в головке бедренной кости при болезни Пертеса у детей и подростков зачастую значительно затруднена, если для обследования больных используются, лишь традиционные методы. Это обусловлено медленным течением каждой из стадий от 0,5 до 1,5 лет и плавным переходом одной в другую. В месте с тем определение стадии болезни Пертеса имеет большое значение для своевременного и адекватного проведения лечебных мероприятий, которые варьируют в связи с периодом патологического процесса (Буйлова Т.В. и др., 2000). Деформация головки бедренной кости после перенесенной болезни Пертеса, предрасполагающая к развитию деформирующего коксартроза, а затем инвалидизации больного, наблюдается в 50-89.5 % случаев (Белецкий А.В. и др., 1998).

Создание мультиспиральных компьютерных томографов (МСКТ) дало возможность получения изображений и сделало этот метод исключительно достоверным и универсальным для ранней диагностики и скрининга (доклинического выявления) различных заболеваний. В мультиспиральных томографах воспринимающее устройство представляет собой не один, а несколько параллельных рядов детекторов, действующих синхронно. Это в свою очередь определяет целый ряд преимуществ МСКТ.

В рентгендиагностическом отделении РСНПМЦТО и в диагностическом центре «Kuksaroy Diagnostic Center» на мультиспиральном компьютерном томографе были обследованы 37 больных. Из них мальчиков было 28, девочек - 9. Возраст больных составил от 4 до 12 лет; в среднем возраст больных составил 5-8 года. При МСКТ исследованиях начальные дорентгенологические признаки заболевания выявлены у 12 больных. У 25 больных отмечено фрагментация головки бедренной кости. А у 10 больных стадия импрессионного перелома.

Основными параметрами оценки костно-суставного аппарата при МСКТ-исследовании явились следующие:

Расширение суставной щели - одним из неспецифических признаков, который может указывать на транзиторный коксит является тень капсулы или мягкотканной щели.

Остеопороз - часто в области шейки бедра вблизи ростковой зоны эпифиза заметна полоска остеопорозного просветления.

Уменьшение и уплощение эпифиза головки бедра - При нарушении энхондральной оссификации эпифиз головки бедра уменьшается, одновременно расширяется видимая на рентгенограмме суставная щель.

Субхондральная линия просветления - субхондральная линия просветления появляется сравнительно рано и лучше всего она видна на снимке сделанном в положении Лауэнштейна. В процессе течения болезни данный признак является транзиторным. Salter & Thompson (1984) наблюдали линию просветления на протяжении от 2 до 9 месяцев. Если процесс резорбции далее интенсифицируется, то субхондрально ограниченная линия просветления исчезает.

Уплотнение ядра головки - вначале заметно всего эпифизарного ядра, которое затем переходит в пятнистую, “пятнистую” структуру. С усилением деформации ядра эпифиза усиливается также плотность.

Фрагментация – эпифиз разрушается, имеет "пятнистые" разрыхления, частично уплотнен и нередко имеет неровные, узурпированные края.

Децентрация головки бедра - под децентрацией понимают латеральное смещение центра вращения головки бедра.

Деформация эпифиза - в латеральной части хрящевого эпифиза сначала появляются участки ассификации, а затем костные островки, которые сливаются с эпифизарным ядром, усиливая тем самым деформацию. Метафизарные изменения - Они могут быть весьма разнообразными и выглядеть в виде мелко и крупно-кистозных структурных нарушений, полосчатых (листовидных) просветлений. Их находят, как правило, в передне-боковой, реже в задне-медиальной и задне-латеральной частях. Они считаются факторами риска.

Расширение шейки бедра - шейка бедра при отсутствии декомпрессии сустава постепенно становится широкой и короткой. Это объясняется аппозиционным ростом, за счет вовлечения в процесс зоны роста.

Таким образом, в результате исследования были определены прогностические МСКТ - признаки при болезни Пертеса в структуре головки бедренной кости. Применение МСКТ при болезни Пертеса у детей даёт возможность определить тактику будущего лечения с учётом всех анатомических изменений, что в свою очередь приведёт к снижению развития рецидивов заболевания и повышению качество проводимого лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Джураева Х.З.
Кафедра факультативной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Все необычные реакции на пищу можно разделить на токсические и нетоксические. В зависимости от механизма развития нетоксические реакции могут быть иммунными и не иммунными. Примером не иммунных реакций является пищевая непереносимость, обусловленная дефектом ферментных систем (ферментопатия).

Пищевая аллергия – это опосредованная иммунными механизмами гиперчувствительность к пищевым продуктам. Для пищевой аллергии характерны симптомы поражения различных органов и систем человека: кожи, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, нервной системы и др.

Гастроинтестинальные проявления пищевой аллергии представляют собой поражения желудочно-кишечного тракта, которые являются результатом иммунного ответа на пищевые антигены. Аллергические реакции на пищу подразделяют на IgE -опосредованные и не-IgE -опосредованные. Последние могут быть IgG/IgM-обусловленные или Т-зависимые.

По данным разных исследователей, аллергическое поражение желудочно-кишечного тракта встречается у 25-50% больных с такой распространенной патологией, как аллергия на белки коровьего молока. Тяжесть заболеваний, связанных с пищевой аллергией, а также их прогноз во многом зависят от ранней диагностики и адекватной лечебной тактики.

Трудности и ошибки диагностики гастроинтестинальной пищевой аллергии связаны как с субъективными, так и с объективными причинами, в первую очередь с тем, что гастроинтестинальные реакции на пищу часто носят отсроченный характер и протекают по не-^Е-опосредованному типу.

Цель исследования. Охарактеризовать клинико-лабораторную картину аллергической энтеропатии у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 37 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с диагнозом аллергическая энтеропатия. Средний возраст пациентов составил 15±3 месяцев. Из них было 15 девочек (40,5%) и 22 мальчика (59,5%).

Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Были использованы клинико-анамнестические, параклинические, специфические иммунологические методы исследования.

Результаты исследования. Появление диспепсических симптомов в течение первых 2 часов после приема причинной пищи наблюдалось у 20 (54,0%) детей. Употребление причинной пищи в объеме более 50 мл приводило к появлению симптомов у 25 детей (67,5%). Умеренное обезвоживание, которое оценивалось по критериям ВОЗ, отмечалось у 13 детей (35,1%).

Характерным было снижение уровня гемоглобина (103±5,8, n = 20) и общего белка (58,3±5,1, n = 19) соответственно. В 100% случаев наблюдалось повышение специфического Ig E к коровьему молоку. При определении лимфокин-продуцирующей способности Т-лимфоцитов сенсибилизация к белку куриного яйца была равна 62±10,5 UTE, к говядине 49±10,5 UTE. Среднее значение лимфотоксина по куриному яйцу и коровьему молоку составляло (42,0±15,66 UTE) и (20,1±1,8 UTE) соответственно.

Выводы. Основу лечения аллергической энтеропатии составляет элиминационная диета с исключением причинного аллергена. В качестве прикорма нами использовались безмолочные рисовые и кукурузные каши, обогащенные необходимыми микронутриентами и смеси на основе гидролизированных белков молочной сыворотки. Родителям были даны четкие рекомендации по питанию в течение года.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Джураева Х.З.
Кафедра факультативной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический гастродуоденит (ХГД) - хроническое заболевание, которое морфологически характеризуется воспалительными и дистрофическими процессами в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки с формированием секреторных и моторно-эвакуаторных нарушений.

Организация диспансеризации детей с ХГД должна проводиться с учетом частой сопряженности данной патологии с различными заболеваниями органов пищеварения, что диктует необходимость формирования индивидуальных схем наблюдения и противорецидивной терапии у каждого больного.

На протяжении многих лет превалирующее развитие дорогостоящей стационарной помощи, требующей повышенных затрат на содержание пациента, было основным направлением в отечественном здравоохранении.

Проведенный анализ доступной нам отечественной и иностранной литературы показал, что успех любого научного исследования зависит от продуманности подходов, четкости определения объекта наблюдения, адекватности математико-статистического аппарата. Только при соблюдении этих условий может быть оценена медицинская, социальная и экономическая эффективность лечения больных хроническим гастродуоденитом у детей в условиях дневного стационара.

Цель исследования. Изучить эффективность диспансерного наблюдения подростков, страдающих язвенной болезнью и хроническим гастродуоденитом в условиях поликлиники.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 95 подростков в возрасте 15–18 лет. У 54 больных была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 41 - хронический гастродуоденит. Диагнозы были верифицированы по данным инструментальных и лабораторных исследований в условиях стационара.

Результаты исследования. Больные с язвенной болезнью находились на пролонгированном лечении без отрыва от учебы и наблюдались ежемесячно в течение первых 6 мес. после выписки из стационара, а затем 1 раз в 2–3 мес. до 8–10 раз в год. Больные с хроническим гастродуоденитом получали амбулаторное лечение в течение 3–4 недель ежеквартально.

В условиях поликлиники больные соблюдали диету № 5; получали антацидные препараты, спазмолитики, малые транквилизаторы, травы, минеральные воды, физиопроцедуры. Большое внимание уделяли упорядочению режима питания, труда и отдыха, устранению конфликтов в семье, учебном заведении; проводились беседы о вреде алкоголя и курения.

Для повышения неспецифической резистентности организма использовали общеукрепляющие и закаливающие мероприятия, биогенные стимуляторы. У 79% больных был отмечен положительный эффект. Проведенные контрольные гастрофиброскопические и рентгенологические исследования показали, что у реабилитируемых больных отсутствовали признаки прогрессирования заболевания.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что эффективность диспансерного наблюдения повышается в тех случаях, когда проводится и социально-биологическая реабилитация. Качество диспансерного наблюдения повышается от возможности устранения агрессивных факторов внешней среды и повышения индивидуальной резистентности организма.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Эргашев Б.Н., Абдурахманов Б.А.
ГУ. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии Узбекистан, Ташкент

В настоящее время не существует общепринятого этиологического и патогенетического лечения несовершенного остеогенеза (НО) у детей, а «золотым стандартом» лечения считается терапия бисфосфонатами, среди которых предпочтение отдается препаратам полидроновой кислоты (резидронат, неридронат, золедронат, памидронат) эффективные у детей, как с умеренным, так и с тяжелым течением болезни.

Однако отсутствие единого протокола диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей обосновывает необходимость изучения и разработку единых подходов к диагностике, лечению и наблюдению этих пациентов.

Цель исследования: Изучение лечения, НО у детей при применении биофосфаната для оптимизации лечения.

Материалы и методы исследований. Исследования проведены. Всем детям проводилось клинико-лабораторное (определение уровня общего кальция, щелочной фосфатазы, витамина D (25(OH)D) исследование, биохимический анализ мочи с определением кальций и фосфор для оценки уровня экскреции кальция и фосфора почками) и функциональное обследование для уточнения диагноза (общее количество переломов костей; наличие других клинических признаков несовершенного остеогенеза; оценка антропометрических данных пациента в процессе наблюдения лечения (оценки эффективности терапии), проводилась по стандартам ВОЗ, с определением SDS (Z-score) для массы тела, роста и ИМТ; костная минеральная плотность (МПК) оценивалась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на остеоденситометре DXA-Stratos (Франция) по педиатрической программе “Все тело” с анализом абсолютных показателей костной минеральной плотности (BMD) и интегральный показатель костной плотности (Z-критерий или Z-score) в поясничном отделе позвоночника L2-L4.

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 30 детей с несовершенным остеогенезом (НО) из которых 19 (63,3%) мальчиков, 11 (36,7%) девочек в возрасте от 0 до 18 лет. Из обследованных детей 22 (73,3%) были рождены доношенными по сроку гестации, 8 пациентов (26,6%) –

недоношенными. Родоразрешение в 23 (76,6%) случаях проводилась естественным путем, в 7 (23,3%) случаях путем кесарево сечения. При рождении средняя масса тела ребенка составляла 3,1±0,02 кг, средняя длина тела – 48,1,2 см. Сразу после рождения у 6 (20%) пациентов выявлены переломы костей, у 8 (26%) наблюдались врожденные деформации длинных трубчатых костей. Средний возраст начала переломов костей составляет 2,5±0,02 мес. жизни. У 5 пациентов диагноз НО установлен на первой неделе жизни, средний срок постановки диагноза у обследованных детей составил 48±2,8 мес.жизни.

Таким образом, можно отметить, что у растущих пациентов с НО отмена терапии бисфосфонатами приводит к снижению плотности костной ткани, которые впоследствии могут стать зонами риска переломов костей. С наступлением пубертатного периода, наблюдается снижение темпов роста, снижение костного ремоделирования. Полученные результаты позволяют утверждать, что курсовое введение памидроновой кислоты и Кальций Докс-Антидиатезина значительно сокращает количество переломов костей, а также улучшает минеральную плотность костной ткани.

СОВРЕМЕННОЕ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕЗАБОЛЕВАНИЙ ГИНГ ИВИТА У ДЕТЕЙ

Абдувалиев Нодирбек Абдухошим ўғли
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Целью является предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющие улучшить состояние гигиены полости рта и тканей гингивита, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков. Материалы и методы. Профилактика должна способствовать правильному развитию организма во внутриутробном и раннем периоде после рождения, в процессе формирования и роста в детском возрасте. Женщины, у которых беременность протекает на фоне общей патологии, нуждаются в комплексном оздоровлении с участием соответствующих специалистов. Питание беременной женщины должно быть высококалорийным и витаминизированным. Грудное питание в первые месяцы жизни ребенка имеет чрезвычайно важное значение для роста и развития младенца. Активное сосание материнской груди стимулирует правильный рост челюстей и формирование тканей гингивита. Результаты и обсуждения. При заболеваниях гингивита у детей гигиенический уход за полостью рта составляет существенное звено в комплексной терапии. Наибольшая эффективность этой меры достигается при условии, если врач в течение всего периода лечения обучает ребенка основным правилам чистки зубов и контролирует их, дает рекомендации по гигиене полости рта. С учетом возраста ребенка врач-стоматолог дает рекомендации по выбору зубной щетки, зубной пасты и средств для гигиенического ухода за полостью рта. Стоматологический рынок заполнен различными средствами для гигиенического ухода за полостью рта у детей. Уникальная форма ручки щетки R.O.C.S. PRO Baby позволяет избежать избыточного надавливания на зубы и десны малыша во время чистки, не повреждая десны и незрелую эмаль зубов. Ручка зубной щетки R.O.C.S. PRO Baby выполнена из высококачественного безопасного пластика PET. Зубная паста R.O.C.S. PRO Baby предназначена для ухода за зубами малышей, начиная с самого раннего возраста до 3-х лет.

Принципы лечения заболеваний гингивита у детей. Лечение заболеваний гингивита у детей должно быть комплексным. Комплекс составляют с учетом этиологии заболевания, характера и степени выраженности воспалительных и дистрофических изменений в тканях и данных специального клинического и лабораторного исследования. При наличии у ребенка обще соматических или хронических системных заболеваний план общего лечения должен быть согласован с педиатром или специалистом соответствующего профиля. У детей со сниженными показателями иммунологической реактивности организма необходимо проводить по назначению педиатра стимулирующую терапию. Целесообразно назначение реминерализующей терапии - Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка содержит 500мг элементарного кальция и 200 МЕ витамина Д3 по 1-2 таблетки в сутки 20-25 дней 2-3 раза в год. Гипосенсибилизирующая терапия. Поскольку при заболевании гингивита у детей возникают условия, способствующие сенсибилизации организма, а нередко патологический процесс в пародонте развертывается на аллергическом фоне, целесообразно назначать таким больным гипосенсибилизирующие средства. Назначению гипосенсибилизирующей терапии должно предшествовать постановка аллергических реакций. При выборе гипосенсибилизирующих препаратов (тавегил, супрастин, пипольфен, димедрол, диазолин) следует учитывать состояние нервной системы. Лечение проводится по общепринятой схеме в течение 3-4 недель. Применение этих препаратов способствует ликвидации воспаления в тканях гингивита, нормализации обменных процессов в них.

Вывод. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей гингивита, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Далимова Ш. К.
Андижанский государственнқй медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Цель исследования – оценить эффективность проведения интерцептивного терапии кариозных поражений без образования полости у детей младшего возраста с высочайшим риском становления кариеса. Терапевтическая герметизация была проведена у ребят группы 1 в 18 молярах с исходным кариесом (меловидные фиссуры) и группа II в 28 зубах с пигментированными фиссурами.

Сопоставление производительности герметизации проводили с 38 зубом у 18 больных из группы 3, коим проводили каждодневные аппликации кальций-фосфатсодержащего геля (14 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Сквозь 1год впоследствии проделанной герметизации меловидных фиссур силант остался в 16 (57,1±18,71%) зубах. Средний срок сохранности герметика составил 13,4±5,45 месяца, Me=12,0 [10,0/15,0]. Без конфигурации сохранились фиссуры в 5 зубах, в их силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали случилась в 7 (25,0±16,36%) зубах. зубах развился кариозный процесс: в одном – в границах эмали и в 2-ух – с вовлечением дентина.Через 3 года сохранность герметика наблюдалась в 8 (32,1±17,74%) зубах, интактные фиссуры были в 14 (50,0±18,90%) молярах, в 4 (17,9±14,49%) зубах диагностирован кариес. Данным образом, 82,1±14,49% зубов с начальным кариесом после чего проведения терапевтической герметизации были здоровы. В группе 3 через 1 год в зубах с меловидными фиссурами в 6 (50,0±25,00%) случаях произошла реминерализация и в данном же количестве зубов развился кариозный процесс. Сквозь 2 и 3 года 7 (43,8±24,8%) зубов оставались бодрствующими, а в 9 (56,2±24,8%) – развился кариес, именно собственно что было статистически значимо повышенна, чем в группе 1 ($p<0,05$). Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%. Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после чего неинвазивной герметизации стеклоиономерным цементом оформляет 0,39, а после чего аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов приравнивается 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26). В зубах с пигментированными фиссурами через 1 год после терапевтической герметизации прогрессирование кариеса не диагностировано ни в одном зубе у детей группы 1. Почти в половине зубов (47,9±14,42%) силант сохранился. Наиболее высокий процент сохранности герметика отмечен в первых молярах нижней челюсти (55,0±21,71%), однако этот показатель статистически значимо не отличался от показателя в первых молярах верхней челюсти (36,8±22,12%; $p=0,12$). В целом средний срок сохранности составил 13,6±5,60 месяца, медиана – 12,5 (9,0/17,5) месяца. В молярах с утраченным герметиком проводилась регерметизация. Через 2 года сохранность герметика отмечена также в 19 (47,9±14,42%) зубах, однако в 9 (18,8±11,28%) зубах произошло прогрессирование патологического процесса с образованием кариозной полости. В 14 (33,3±13,60%) зубах наблюдалась стабилизация процесса. Спустя 3 года сохранность силанта отмечена в 10 (25,0±12,50%) молярах, стабилизация процесса – в 25 (54,2±14,38%) зубах, прогрессирование кариозного процесса – в 10 (20,8±15,34%) зубах. Редукция кариеса в зубах, в которых проводилась терапевтическая герметизация, через 3 года составила 75,2% ($p<0,001$). Шанс развития кариеса в зубах с пигментированными фиссурами после их терапевтической герметизации составляет 0,11, при аппликации кальций-фосфатсодержащего геля – 2,1; ОШ=19,95 (95% ДИ 5,47–71,48). фективность реминерализации начальных кариозных поражений на гладких поверхностях оценивали в группах 1 и 3 в сравнении с таковой в группе 2. С этой целью проведен анализ динамики состояния кариозных поражений в виде меловидных пятен на гладких поверхностях резцов и клыков через 1 год после начала проведения лечебнопрофилактических мероприятий. У детей групп 1 и 3 из 74 зубов реминерализация начальных кариозных поражений наблюдалась в 32 (43,2±5,76%) зубах, в группе 2 – в 36 (63,2±6,39%) зубах ($p=0,02$). Также в этой группе была ниже доля кариозных поражений с влечением дентина (14,0% против 29,7%, $p<0,05$). Редукция начальных кариозных поражений составила 35,2%. Риск прогрессирования начальных кариозных поражений на гладких поверхностях при проведении аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина в 2,25 раза эффективнее по сравнению с аппликациями только кальций-фосфатсодержащего геля (ОШ=2,25). Приобретенные итоги дают возможность устроить вывод надобности подключения противомикробных аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина в комплекс профилактических событий у ребят с исходными кариозными поражениями. При базисном обследовании ребят с высочайшим риском становления кариеса важную долю в структуре индекса к 1-4 пуз занимали кариозные проигрыша без образования недостатка жестких тканей: в группе 1 – 2,53, в группе 2 – 2,44, в группе 3 – 2,40. Как было предписано повыше, проведение целительных и профилактических событий привело к реминерализации значимой толики исходных кариозных поражений и стабилизации пигментированных поражений эмали. В итоге показатель к 1-4 пуз в группах 1 и 2 понизился по сопоставлению с начальными данными на 0,65 и на 1,15 в соответствии с этим, в группе 3 увеличился на 0,29. Однако среднее значение показателя в группах значимо не отличалось ($p1-2=0,92$; $p1-3=0,13$; $p2-3=0,12$).

Заключение. Проведение терапевтической герметизации фиссур моляров с исходными кариозными поражениями понижает риск их прогрессирования по сопоставлению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Подключение в комплекс целительных и профилактических событий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина разрешает увеличить эффективность реминерализации исходных кариозных поражений на гладких поверхностях на 35,2%.

ИНТРАЗОНАЛЬНОСТЬ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮШЕСЯ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Далимова Ш. К.
Андижанский государственнқй медицинский институт
Андижан, Узбекистан

Цель работы: Изучение распространенности гингивита у детей, проживающих в городах с различной экологической обстановкой. Материалы и методы. Для разработки и внедрения программы профилактики стоматологической заболеваемости и уточнения расчетов нормативов потребности в стоматологической лечебно-профилактической помощи крайне необходимы сведения, характеризующие уровень и структуру стоматологических заболеваний среди изучаемых групп населения. Исходя из этого, мы провели стоматологическое обследование среди детей и юношей городского населения Узбекистана, разделенных на возрастные группы, рекомендованных ВОЗ. В связи с этим зависимость состояния полости рта населения от воздействия антропотехногенных факторов окружающей среды изучалось в двух городах с разным загрязнения окружающей среды. Определены для исследования 2 города: г. Асака в наших исследованиях считался опытным где атмосферный воздух загрязнен сернистым газом, окисями азота и углерода, аммиаком и пылью, выбрасываемые промышленными предприятиями; г. Андижан с наиболее оптимальной экологической обстановкой. В процессе обследования детского и юношеского населения было запланировано изучение частоты и характера патологических изменений пародонта, их возрастной динамики. Определяли следующие клинические показатели: уровень гигиены полости рта; нарушение строения мягких тканей преддверия полости рта. Характер нарушений преддверия полости рта и зубочелюстных аномалий не дифференцировались, отмечалось только наличие или их отсутствие. Существенно изменяются величины показателей у обследованных школьников, составляющих в 6-15 лет 32,17 ± 3,22 до 39,15 ± 2,52%; 15-18 лет 35,14 ± 2,88 до 40,23±3,79 % городах Андижане и Асаке. В городе Асаке у дошкольников гингивит встречается чаще, чем в остальных городах. У дошкольников Асака величина показателей гингивитов выше, чем у дошкольников г. Андижана в среднем на 24,76%, а аналогичные показатели у школьников в среднем выше на 17,41%. В городах отмечена относительно невысокая частота гингивитов у школьников, затем в возрасте 6-15 лет она увеличивается в 1,4 – 1,6 раза. Волнообразная динамика частоты гингивитов позволяет предположить, что в процессе роста детей воспалительные изменения пародонта могут самопроизвольно купироваться. Гингивит у девочек встречается на 5,3 – 8,9% реже, чем у мальчиков, но эти различия статистически недостоверны. Для оценки гигиены полости рта и определения эффективности использования средств гигиены, а также для выяснения роли гигиены в этиологии заболеваний зубов и пародонта проводили определение доли поверхности зуба, покрытой зубным налетом (индекс Грина-Вермильона) у детей с гингивитом в сравнении со здоровыми лицами. Данные указывают, что при интактном пародонте значение индекса Грина-Вермильона у обследованных детей городов внутри и между возрастными группами в каждом городе достаточно сопоставимы. Вместе с тем, в возрастной группе 6-15 лет показатель был несколько более высоким, но в сравнении со средней величиной эти различия были недостоверны (P>0,05). В целом полученные данные свидетельствуют о том, что у исследованных групп населения зубной налет покрывает от 50% (индекс 1,5) до 80,0% (индекс 2,4) поверхности зубов, даже в случае здорового пародонта. Гигиеническое состояние полости рта было неудовлетворительным во всех обследованных группах. При гингивите величина показателей гигиены полости рта хуже, чем при интактном пародонте. У обследованных школьников заболевания пародонта представлены поверхностным воспалением в виде катарального гингивита. Катаральный гигинвит без терапии практически неизбежно перерастает в пародонтит и иные тяжелые формы заболеваний пародонта. Деструктивные изменения в кости альвеолярных отростков обнаружены, в основном, у подростков 15-18 лет. Величины показателей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта оказываются максимальными в возрасте выше 15 лет. Заключение. На основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что распространенность заболеваний пародонта среди детей и подростков очень высока. Самым распространенным заболеванием является катаральный гингивит.
Начиная с раннего детского возраста с 3 лет, отмечены воспалительные явления пародонта, низкая гигиена полости рта. Эти показатели более худшие у обследованных города Асаке, экология которого загрязнена выбросами промышленных предприятий.

Следовательно, возникает необходимость пристального внимания не только к проживающим в этом городе, но и привлечения врачей к профилактическим мероприятиям по предупреждению заболеваний полости рта, а также диспансерному учету групп обследованных с худшими показателями состояния зубочелюстной системы.

КЛИМАКС ДАВРИДАГИ ОСТЕОПОРОЗГА МОЙИЛ АЁЛЛАРНИ МАЖМУАВИЙ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ УСУЛЛАРИ

Зарипова Д.Я.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Аёллар популяциясининг 10 % ҳозирги кунда постменопаузал даврни бошдан кечирмоқдалар. Ҳар йили уларга яна 25 млн аёллар қўшилмоқда. Тахминларга кўра, 2030 йилга келиб, 50 ёшдан катта аёллар сони 1,2 млрд. га етади. Уларда энг кўп тарқалган асорат бу остеопоротик синишлар бўлиб, ногиронлик ва ҳаёт давомийлигининг қисқаришига сабаб бўлади.

Мақсад: климактерик остеопорозни мажмуавий даволаш самарадорлигини аниқлаш .

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Ушбу мақсадни амалга ошириш учун биз климакс давридаги 60 та аёлни кўздан кечирдик. Улардаги климакс белгиларининг намоён бўлиш даражаси ҳам эътиборга олинди. Бунда уларда қоннинг оптик зичлиги, эстрадиол, ишқорий фосфотаза, қондаги кальций миқдори ўрганилди. Уларни биз шартли равишда 2 та гуруҳга бўлдик. 1-гуруҳ (n=30) климакснинг клиник белгилари намоён бўлган аммо даво олмаятган касаллар гуруҳи, 2-гуруҳ климакснинг клиник белгилари намоён бўлган 17 β эстрадиол сақловчи Лензетто трансдермал спрейи, кальций препарати ва алеандрон кислотаси билан касалланган касаллар гуруҳи (n=30). Аёлларнинг ёши 40-55 орасида. Улар барчаси амбулатор ва стационар равишда даволанишган. Барча статистик таҳлиллар Фишер-Стьюдент усулида амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. Климакснинг барвақт белгилари аёлларнинг биринчи гуруҳнинг 70% да ёки 21 тасида кузатилди.Климакснинг барвақт юзага келган белгиларига вазомоторга ва психоэмоционал бузилишлар, масалан: исиб ва совиб кетишлар, юракнинг тез уриши, парестезиялар, тез чарчаш, асабийлик, бош айланиши, уйқусизлик.

Иккинчи гуруҳда ҳам барвақт белгилар 60% ёки 18 та ҳолда учради. Климакснинг ўрта белгилари 8 (26.67%) - урогенитал ва тери белгилари), кечки белгилари эса, 1 (3.33%) худди, остеопороз ва ЮИК каби учради. Уч ойлик трансдермал спрейи, кальций Д3 ва алеандрон кислотаси билан даволангандан сўнг климакс давридаги аёлларнинг 16 тасида ёки 46.6% да бош оғриғи, бош айланиши каби белгилари йўқолди. Кардиалгия 5 таси ёки 16.6% да камайди. 36,8 % да исиб кетишлар ва уйқу нормаллашди.Иккинчи гуруҳда климакснинг барвақт белгилари 86,6 % , ўрта белгилари 89,8%,кечки белгилари эса 97,3% да йўқолди ($p<0,01$).

Қоннинг оптик зичлиги текширилганда, биринчи гуруҳнинг 79,8 % аёлларида радиал симметрик чизиқнинг яққол ифодаланмаганлиги ва чизиқларнинг 10 дан камлиги аниқланди, 11,2 % да радиал симметрик чизиқнинг яққол ифодаланмаганлиги ва чизиқларнинг 20 дан камлиги ва қолган 10% да радиал симметрик чизиқнинг яққол ифодаланганлиги ва чизиқларнинг 30 дан юқори эканглиги аниқланди. Қондаги кальцийнинг ўртача миқдори 1,78 ±0,5 мг/дл, ишқорий фосфатаз 235 ед/л, 0,7 нмоль/л, эстрадиол (фолликуляр фазада) 0.39 нмоль/л.

Иккинчи гуруҳда даводан кейин, қоннинг оптик зичлиги текширилганда, 65,7 % аёлларда радиал-симметрик чизиқлар яққол ифодаланган, чизиқлар миқдори 35-40 тадан юқори, қолган 34,3% да радиал симметрик чизиқлар миқдори 30-35 та эканлиги аниқланди. Қондаги кальцийнинг ўртача миқдори 2,08 ±0,2 мг/дл, ишқорий фосфатаз 274 ед/л, эстрадиол (фолликуляр фазада) 0,7 нмоль/л.

Хулоса. Юқоридагиларни ҳисообга олган ҳолда климакс белгилари безовта қилаятган остеопорозга мойил аёлларда юқоридаги мажмуавий давони қўллаган вақтда остеопороз хавфини камайтириш мумкин эканлиги биокимёвий текшириш усуллари ёрдамида тасдиқланди. Бу ёшдаги аёлларда даво ва профилактик мақсадда буюришни тавсия этилади.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Д.Ф. Зияева, Н.К. Латипова, Ф.Т. Усманова, З.О. Косимов
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ревматизм (ревматическая лихорадка) – токсико-иммунологическое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц в связи с острой инфекцией,

вызванной В-гемолитическим стрептококком группы А, преимущественно в возрасте 7-15 лет. Ревматизм - одна из актуальных проблем терапии, так как в отличие от других заболеваний сердечно-сосудистой системы в основном поражает детей.

Цель исследования. Изучить ревматические поражения нервной системы у детей 10-15 лет. Исследованы 20 детей, поступивших во 2 -отделение многопрофильной больницы г. Андижан, страдающих ревматизмом.

Материалы и методы. Архивные истории болезни больных с диагнозом ревматическое поражение нервной системы у детей в возрасте 10-15 лет.

Результаты. Б, 14 лет, DS: Р., II ст., возвратный ревмокардит, недостаточность митрального клапана (НМК), полиартрит. На 2-й день усилились головные боли, появилась тошнота и рвота. К вечеру наступила потеря сознания и вскоре больная скончалась. На аутопсии – Р., бородавчатый эндокардит НМК, внутрижелудочковое кравоизлияние на фоне тромбоваскулита сосудов ГМ. Своеобразная картина мозгового ревматизма имеет место при хорее, которая чаще наблюдается у детей в возрасте 10-15 лет. Ребенок, переболевший ангиной, становится капризным, раздражительным, рассеянным, невнимательным, гримасничает, роняет вещи из рук, неожиданно отбрасывает руку или ногу. В дальнейшем гиперкинез нарастает, хореическое подергивание появляется в туловище, мышцах лица, языка, нарушается речь. Эмоциональное напряжение, внешнее волнение усиливает явления гиперкинеза. Клиническая картина хореи обычно длится 2-3 мес. Но следует подчеркнуть, что хорея, как и другие основные клинические проявления ревматизма, может протекать с рецидивом.

Вывод. 1. Таким образом, при наличии ревматического порока сердца не всегда следует думать о тромбозе, так как чаще может иметь место тромбоваскулит сосудов мозга.

2. Следует помнить, что даже один ревматический анамнез без порока, наличие хронической очаговой инфекции и молодой возраст больного должны навести на мысль о нейроревматизме.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛОРИНГОЛОГИИ

Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхужаев, Ф.Т. Усманова, З.О. Косимов
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания лимфоидного глоточного кольца являются одной из наиболее актуальных проблем детской оторинолорингологии. Это обусловлено важной ролью миндалин в формировании механизмов специфической и неспецифической защиты организма ребенка в процессе его роста. На долю хронического тонзиллита приходится от 4 до 9% всех заболеваний у детей.

Цель исследования. Изучить заболевания лимфоидного глоточного кольцау детей 10-15 лет. Исследованы 15 детей, поступивших во 2 отделение многопрофильной больницы г. Андижан, заболевания лимфоидного глоточного кольца.

Материалы и методы. Архивные истории болезни больных с диагнозом заболевания лимфоидного глоточного кольца у детей в возрасте 10-15 лет.

Результаты. Роль лимфоидного глоточного кольца в реакциях общего и местного иммунитета, его активность в формировании противовирусной защиты, а также его значительные резервные возможности в детском возрасте, заставляет врачей вести поиск эффективных средств, направленных на ликвидацию воспалительных изменений в этом органе и нормализацию его физиологических функций.

Наиболее целесообразным является подход к консервативным методам лечения воспаления лимфоидной ткани с использованием фитопрепаратов.

В детской оториноларингологии применяется множество иммуномодуляторов растительного происхождения – ромашка, чеснок, прополис, эхинация и другие.

Препараты «Синупрет» и «Тонзилгон Н» использовались при острой и хронической ЛОР-патологии у детей, а также до и после оперативных вмешательств.

Практически все пациенты ЛОР отделения многопрофильной больницы с заболеваниями полости носа, носоглотки и придаточных пазух получали базисную терапию фитопрепарат «Синупрет», а с заболеваниями зева и ротоглотки фитопрепарат «Тонзилгон Н» в таблетках или растворе по разработанным схемам.

В состав препарата «Синупрет» входят следующие травы: корень горечавки, цветки первоцвета, трава щареля, цветки бузины, трава вербены. «Синупрет» оказывает противовоспалительное, секретолитическое, секретомоторное действие.

В состав препарата «Тонзилгон Н» входят следующие травы: корень алтея, цветы ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника, кора дуба, трава одуванчика. «Тонзилгон Н» оказывает противовоспалительное, антисептическое действие, а также повышает активность неспецифических факторов защиты организма.

Фармакологические свойства препаратов обусловлены биологически–активными веществами, входящими в их состав.

Препарат «Синупрет» высокоэффективен при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (риносинусит, аденоидит и др.). Препарат «Тонзилгон Н» применяется в нашей клинике при острых и хронических тонзиллитах, ларингитах,фарингитах. Назначение этого препарата по острой схеме при строгом обострении хронического тонзиллита позволяет достичь быстрого клинического улучшения без назначения антибактериальных препаратов.

Оба препарата также эффективны при острой респираторно-вирусной инфекции и гриппе. При ОРВИ эти препараты способствуют предотвращению распространения инфекции на нижние дыхательные пути, значительно снижая риск развития трахеобронхита или бронхопневмонии.

В основной группе было 15 детей с искривлением носовой перегородки. За неделю до риносептопластики детям назначался препарат «Синупрет» по 1(2) драже 5раз в день или 25 (50) кап. 5раз в день, а также гомеопатический препарат «Траумель С» по 1 таблетке три раза в день. В послеоперационном периоде проводилась тампонада носовых ходов тампонами, пропитанными 5%-ной синтомициновой эмульсией. После удаления тампонов через 48 часов проводилось промывание носовых ходов препаратом «Физиомер» 6 раз в день с последующим промыванием носовых ходов 5% синтомициновой эмульсией.

Всем детям назначался нейромультивит, глюконат кальция. В назначении антибактериальной терапии необходимости не было. Курс лечения длился 10-14 дней.

У больных основной группы, получающих «Синупрет» реактивные явления в носовой полости разрешались уже на 3-4 сутки после операции. Отёк слизистой полости носа, серозный секрет из носа и фибриновые налеты, а также болевой синдром были минимальными.

В острой стадии заболевания «Синупрет» или «Тонзилгон Н» назначаются в зависимости от возраста по 1 (2) др. 5раз в день или 25 (50) кап. 5 раз в день в течении 7 дней, затем 1 др. 4 раза в день 7дней.

С профилактической целью «Синупрет» или «Тонзилгон Н» назначаются курсами чаще весной и осенью по 1 др. 3 раза в день или 25 кап. 3раза в день в течение 3 недели. Можно проводить в зависимости от тяжести заболевания 4-5 курсов в год длительностью от 2-3 недель до 1 месяца.

Применение фитопрепаратов «Синупрет» и «Тонзилгон Н» при острой ЛОР-патологии у детей позволяет в большинстве случаев избежать назначения антибактериальных препаратов, а при хронической патологии – предотвратить или значительно снизить частоту обострений и облегчить, клинические проявления заболевания.

Благодаря противомикробным, противовоспалительным и иммунокорригирующим свойствам обоих препаратов установлена их высокая эффективность при лечении острого и хронического тонзиллита и фарингита,аденоидита, риносинусита.

Чередование курсов этих препаратов позволяет достичь более стойкого эффекта.

Вывод: Многолетний опыт применения фитопрепаратов «Синупрет» и «Тонзилгон Н» в детской оториноларингологии позволяет нам рекомендовать их как препараты первой необходимости. Следует также отметить низкий процент побочных эффектов применяемых фитопрепаратов.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Зокиров Б.К., 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 аллергопатологии (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 ($\chi2$=7,684; $p\chi2$=0,005), курение обоих родителей – в 3,9 раза ($\chi2$=6,56; $p\chi2$=0,01).

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 ($\chi2$=4,14; $p\chi2$=0,041).

Кроме того, в уравнение включены возраст ребенка ($\chi2$ =29,46; $p\chi2$<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 ($\chi2$ =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

Зокиров Б.К., 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 персисти-рующей в периоде ремиссии (n=40); в 3-ю группу наблюдения вошли пациенты с БА легкой интермитти-рующей 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 (Ig)E 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, c2=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, c2=5,327; p =0,014, c2=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 эозино-филов 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.

КОМОРБИДНОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Зокиров Б.К.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Аллергический ринит (АР) и бронхиальная астма (БА), безусловно, являются взаимосвязанными заболеваниями. Понимание механизмов взаимосвязи может способствовать своевременной диагностике и повышению эффективности терапии как АР, так и БА при их сочетании.

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).

Результаты исследования. Нами установлено, что курение одного родителя в семье увеличивает шанс развития тяжелой бронхиальной астмы в 3 раза ($\chi2=7,684$; $p\chi2=0,005$), курение обоих родителей – в 3,9 раза ($\chi2=6,56$; $p\chi2=0,01$).

Пациенты с нетяжелым течением бронхиальной астмы, напротив, преимущественно относились к возрастной категории дошкольного возраста, и астма у них развивалась в возрасте старше 3 лет.

Аллергический ринит у 1/3 детей сопутствовал нетяжелому варианту течения заболевания, составляя при тяжелой бронхиальной астме уже половину в структуре коморбидной аллергопатологии ($p<0,01$).

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.

Информация, полученная в ходе исследования, подтверждает это. Женский фенотип увеличивает вероятность развития тяжелого течения болезни в 2 раза ($\chi2=4,14$; $p\chi2=0,041$).

Кроме того, в уравнение включены возраст ребенка ($\chi2 =29,46$; $p\chi2<0,0001$), 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 ($\chi2 =42,50$; $p\chi 2 <0,0001$).

Вывод. АР является фактором риска развития БА. Понимание коморбидности АР и БА у детей имеет большое значение в практической деятельности педиатров, аллергологов и оториноларингологов.

Своевременная диагностика АР и адекватная его терапия может способствовать профилактике манифестации БА. У больных с персистирующим АР следует исключить астму на основании анамнеза, клинических проявлений и исследования ФВД с проведением ингаляционной фармакологической пробы с β2-агонистом короткого действия. У больных БА необходимо исключить наличие ринита на основании анамнеза, объективного обследования и лабораторных методов исследования.

При наличии сочетания АР и БА необходимо проводить адекватную терапию в соответствии со степенью тяжести каждого заболевания, что улучшает прогноз аллергических заболеваний респираторного тракта.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ

Зокиров Б.К., Азизова Н.Д.
Кафедра 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. Выявление клинических особенностей аллергических ринитов при сочетании с атопической бронхиальной астмой у детей.

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. Количественное содержание клещей рода Dermatophagoides в 1 г пыли квартир детей с круглогодичным аллергическим ринитом в 2,83 раза, а при сочетании круглогодичного аллергического ринита и бронхиальной астмы в 4,4 раза выше, чем в домашней пыли квартир у здоровых детей.

Сочетании круглогодичного и сезонного аллергических ринитов у детей с бронхиальной астмой характеризуется высокой частотой поливалентной сенсибилизации (в 64,1% и 84% случаев соответственно).

Клиническими особенностями аллергических ринитов при сочетании с бронхиальной астмой у детей являются: преобладание форм средней тяжести в структуре заболеваемости при сезонном и легких форм при круглогодичном аллергическом рините; полисимптомность клинических проявлений более высокая при сезонном и меньшая при круглогодичном аллергического рините; высокая частота поражения ЛОР-органов как при сезонных, так и при круглогодичных формах аллергических ринитов.

У детей, больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой выявлено изменение иммунной системы в виде снижения фагоцитарной активности нейтрофилов, количества Т-лимфоцитов за счет уменьшения доли CD4+ субпопуляции, а также функциональной активности Т-лимфоцитов; уменьшение количества средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов; повышение цитопатогенного эффекта лимфоцитов в культуре тканевых клеток, уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего Ig E в периферической крови.

Вывод. Выявленная зависимость распространенности клещей рода Dermato-phagoides в домашней пыли квартир с частотой развития круглогодичного аллергического ринита обосновывает значимость проведения мероприятий направленных на удаление клещей и их аллергенов из жилищ детей, больных аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой.

Определена необходимость специализированного обследования ЛОР-органов у детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой.

Определена необходимость проведения комплексного аллергологического обследования детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой, включающего выявление полисенсибилизации к бытовым, пищевым и пыльцевым аллергенам.

С целью выявления патогенетических изменений у детей, страдающих аллергическим ринитом и атопической бронхиальной астмой, показано исследование иммунной системы с определением в периферической крови параметров фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, количества CD4+, средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов, уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего Ig E.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Ачилова Ф.А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Введение. Острый обструктивный бронхит (ООБ) является широко распространеным заболеванием, которое приводят к частым рецидивам и тяжелым осложнениям.

При воздействии инфекционного фактора и других агентов у детей наблюдаются различные иммунологические изменения, резко снижается способность организма вырабатывать полноценный постинфекционный иммунитет. При ООБ изменяется показатель Т-звена иммунного статуса, который способствует частым интеркуррентным заболеваниям и аллергическим проявлениям. Снижение клеточного иммунитета опосредствовано через нарушение продукции биологически активных гормоноподобных веществ, продуцируемых тимусом. Поэтому перспективным направлением исследований является поиск и внедрение методов, оказывающих корригирующие воздействие на систему иммунитета у детей с острым обструктивным бронхитом.

Цель исследования. Оценить эффективность применения иммуномодулирующей терапии у детей с острым обструктивным бронхитом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 детей, из них 55 больных с острым простым бронхитом и 10 здоровых детей. Дети с острым обструктивным бронхитом были в возрасте от 6 мес. до 3 лет, из них 39 (60%) были мальчики, 26 (40%) – девочки. Установление диагноза основывалось на выявлении главных клинических признаков болезни с исключением заболеваний, протекающих со сходной клинической картиной.

Иммунологическое исследование проводилось в клинической лаборатории клиники СамМИ. Проводилось определение количества Т-лимфоцитов (СД3), Т-хелперов (СД4), Т-супрессоров (СД8), а также В-лимфоцитов (СД19) модифицированным методом (Ю.Ф. Гариб, 1995). Концентрация сывороточных иммуноглобулинов A,M,G в периферической крови определяли по методу Mancini et al (1965). Фагоцитарная активность нейтрофилов изучалась с применением частиц латекса (Петров Р.В., 1988).

Иммунологическое обследование проводилось с учетом характера терапии: I-я группа больных находилась на традиционном лечении с включением Т-активина, а II-я группа детей находилась только на традиционном лечении.

Результаты исследований. Установлено, что у большинства детей заболевание приходится на возраст от 3-х месяцев до 1 года. В анамнезе больных часто отмечалось наличие респираторных заболеваний, которые на 2-3 сутки осложнялись острым обструктивным бронхитом. Анализ семейно – наследственного анамнеза показал, что 32% больных детей родились от родственных браков, у 46,5% детей родственники страдали аллергическими заболеваниями. Анализ исходного преморбидного фона показал, что у детей с ООБ аллергический диатез отмечался у 54,9%, анемия – у 81,9%, рахит – у 51,0%, паратрофия – у 12,5% и гипотрофия I-II степени – у 48.7%. Выявлено, что средние показатели массы тела при рождении у детей с ООБ достоверно превышают (более 3,5 кг) таковых у детей с острым простым бронхитом и контрольной группы.

Проведенные иммунологическое исследования выявили снижение факторов естественной резистентности клеточного иммунитета и развивающуюся транзиторную недостаточность гуморального иммунитета по мере увеличения длительности болезни. Основные изменения клеточного иммунитета выражались в снижении количества Т-лимфоцитов (СД3) 45,2±0,8 по сравнению с детьми контрольной группы 57,3±0,9% ($p<0.01$). Чаще встречалось увеличение содержания В-лимфоцитов (СД19) у больных с ООБ 18,1±0,3 ($p<0.01$), что достоверно выше данных с острым бронхитом 16,1±0,7% ($p<0.01$) и контрольной группы ($p<0.01$). Отмечалась тенденция к снижению Т-супрессоров (СД8) в относительных и абсолютных показателях при ООБ у детей.

Фагоцитарная активность нейтрофилов (ФАН) в остром периоде болезни значительно угнетена у детей с ООБ 45,1±0, ($p<0.01$). Особенно выраженное снижение ФАН наблюдались у детей с рецидивами (3-4 раз в год) острого обструктивного бронхита. Также происходило достоверное снижение индекса фагоцитоза и показателя завершенного фагоцитоза. Изменения гуморального звена иммунитета сопровождалось снижением концентрации IgA ($p<0.01$) и IgG ($p<0.01$). Повышение концентрации IgM ($p<0.01$) у детей больных ООБ свидетельствует о том, что в период разгара заболевания иммунный ответ обеспечивается преимущественно за счет антител класса IgM.

Следовательно, гуморальное звено иммунитета в разгар клинических проявлений ООБ характеризуется дисбалансом концентрации иммуноглобулинов в ответ на антигенное раздражение. Полученные результаты иммунологических исследований послужили основанием для включения в комплекс лечения ООБ у детей раннего возраста иммунокорригирующих препаратов и последующего динамического контроля показателей иммунного ответа с целью профилактики рецидивов заболевания. Показаниями к их назначению явилось наличие клинических признаков иммунного дефицита, вялотекущий

воспалительный процесс, тенденция к рецидивированию ООБ, кратковременная эффективность антибактериальной терапии.

У детей с ООБ, находящихся на традиционном методе лечения улучшение клинической симптоматики и иммунологических показателей было менее выраженным. Так, уровень Т-лимфоцитов ($p<0,01$) оставался низким, показатели В-лимфоцитов ($p<0,01$) были высокие. Содержание иммуноглобулинов не достигал показателей здоровых детей.

С целью коррекции иммунологических показателей больным с ООБ назначали Т-активин подкожно из расчета 2 мкг/кг массы тела ежедневно в течение 5 дней и шестую инъекцию через неделю после инъекций. В клиническом плане у всех детей, получивших Т-активин, отмечена положительная динамика. Т-активин способствует достоверному увеличению относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов и субпопуляций Т-лимфоцитов и способствует предупреждению частых интеркурентных заболеваний, особенно при повторных курсах его применения. Применение Т-активина на фоне традиционной терапии способствует более быстрому снижению симптомов интоксикации, а также купированию различных осложнений заболевания. Сравнительный анализ показателей иммунного ответа на фоне традиционного лечения и с подключением Т-активина выявил достоверное повышение В-лимфоцитов - 12,9±0,76%, повышение ФАН - 57,9±1,34% и нормализации всех иммуноглобулинов А, М, G.

Проведенные исследования показали существенную роль нарушений отдельных звеньев иммунного ответа в патогенезе ООБ у детей, что явилось логическим обоснованием применения иммунокорригирующей терапии. Анализ результатов включения Т-активина в состав комплексной терапии подтвердил эффективность лечения, особенно у часто болеющих детей.

Заключение. Таким образом, включение Т-активина в комплексную терапию детей с острым обструктивным бронхита повышает эффективность лечения, способствует нормализации показателей иммунного статуса и предупреждает развитие рецидивов заболевания.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

Ибрагимова С.Р.
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижансий государственный медицинский институт

Актуальность. Уже после родов врачи принимают меры по обеспечению защиты новорожденного. В первые 12 часов ему показано введение анти-В-сыворотки. Повторная вакцинация проводится в 3 и 6 месяцев. Эффективность подобных мер составляет 95%. Непривитые дети заражаются при контакте с матерью в 95% случаев, у 80% развивается хронический гепатит. Кормить грудью ребенка после прививания можно, если нет других противопоказаний и состояние матери не тяжелое.

Цель исследования. изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами.

Материалы и методы исследования. По нашим данным, частота позднего токсикоза беременности у больных ГВ составила 21,7 %; поздний токсикоз у больных ГВ никогда не достигал тяжелых степеней. Повышение артериального давления, отеки, протеинурия скорее характерны для неинфекционных болезней печени, сопровождающихся желтухой (холестатический гепатоз беременных, острый жировой гепатоз беременных). Необходимо отметить высокую частоту преждевременных родов в исследуемой группе - 38%.

Результаты исследования. Влияние ГВ на течение беременности проявляется прежде всего в том, что при этой вирусной инфекции многократно повышается риск невынашивания беременности: из 722 беременных самопроизвольные аборты были у 18 больных, преждевременные роды - у 105 больных, невынашивание составило 17%.

Нами подробно исследована группа из 92 больных (1975-1985), которые рожали в остром периоде ГВ; в этой группе преждевременные роды были у 36 женщин (38%).

Течение беременности при ГВ характеризуется повышенной частотой патологии и заболеваемости. Так, ранний токсикоз был у 32 женщин (34,8%), экстрагенитальные заболевания - у 27 женщин (29,3%), в том числе 5 беременных были оперированы во время беременности до начала ВГ (аппендэктомия, митральная комиссуротомия, удаление кисты яичника и др.); у 6 беременных были острые респираторные заболевания, у 6 - заболевания мочевыводящих путей; 4 беременные получали парентеральное лечение по поводу анемии. Повышенная заболеваемость во время беременности неизбежно приводит к возрастанию парентеральных манипуляций, что в свою очередь повышает риск заражения ГВ. Следует со всей определенностью сказать, что в большинстве случаев такой контаминации можно было избежать, если пользоваться одноразовым инструментарием и, главное, избегать необязательных, а порой и ненужных назначений.

По-прежнему многие акушеры и гематологи при анемиях у беременных без достаточных оснований назначают инъекции препаратов железа, внутривенные вливания, переливания крови и ее заменителей. К чему это может привести, подтверждается следующим клиническим наблюдением.

Вывод. Женщинам, планирующим беременность, следует заранее сдать анализы на гепатит С, чтобы выявить случайное заражение. После получения отрицательного результата и до наступления беременности нужно соблюдать осторожность и предпринимать все вышеперечисленные меры профилактики. Если у беременной все же подтвердился этот диагноз, не стоит впадать в депрессию, так как риск родить здорового ребенка довольно высок, а излишние волнения могут навредить здоровью матери и плода.

ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

Ибрагимова С.Р.
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижансий государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить пути передачи инфекции от матери новорожденному при остром вирусном гепатите В.

Материалы и методы исследования. Для изучения особенностей и клинико-патогенетических последствий инфицирования ВГВ у новорожденных при остром ГВ у беременных нами проведено комплексное исследование с применением клинико-эпидемиологических, биохимических и серологических методов 39 беременных женщин с острым вирусным гепатитом В

Результаты исследования. В соответствии с клинико-эпидемиологическими особенностями 39 беременных с верифицированным ГВ были распределены на две группы. К первой группе были отнесены 14 беременных в острой стадии болезни с HBs-антигенемией к моменту родов; к второй - 25 больных, у которых роды наступили в стадии реконвалесценции после освобождения от HBs-антигенемии.

Среди представленных больных летальности не было. Единственный случай острой гепатодистрофии с развитием прекомы также завершился благополучно для матери и ребенка. Лечебные мероприятия у большинства больных ограничивались базисной дезинтоксикационной терапией; необходимость в коротком курсе внутривенного введения преднизолона возникла только в одном упомянутом выше случае.

Дети рождались в хорошем состоянии, без признаков внутриутробных повреждений. При рождении у них не было желтухи, гепатомегалии, гиперферментемии или других проявлений врожденного гепатита.

Ни у одного из 25 новорожденных от матерей второй группы HBsAg не был обнаружен, но он был выявлен в 3 из 14 образцов сывороток, полученных из пуповины детей, матери которых рожали в острой стадии гепатита (первая группа). Такое выявление было возможно, однако лишь при использовании наиболее чувствительных методов - РОПГА и РИА. В последующих анализах крови детей на протяжении первых 6 нед жизни HBsAg не обнаружен ни разу (в том числе и у новорожденных, пуповинная кровь которых содержала антиген). В более отдаленные сроки диспансеризации, начиная с 2-месячного возраста, у 4 детей возникла персистирующая HBs-антигенемия (только у одного из них антиген был найден в пуповинной крови) в сочетании с рядом других изменений.

Вывод. При длительном наблюдении за этими детьми (от 6 до 22 мес) ни разу не отмечалось желтухи или каких-либо признаков недомогания (родители считали детей практически здоровыми), сохранялось лишь сочетание умеренно выраженного, но стойкого гепатолиенального синдрома с персистирующей HBs-антигенемией. У 2 детей уровень АсАТ и АлАТ в крови не повышался, у 2 других он не превышал 52 и 83, 57 и 93 мкмоль/мин·л соответственно. Диспротеинемии не выявлено.

РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ

Ибрагимова С.Р.
Андижансий государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами С.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 55 историй родов с хроническими вирусными гепатитами С.

Результаты исследования. Риск передачи вируса гепатита С от матери ребенку не превышает 5-6%. Установлено, что риск заражения ребенка зависит от уровня вирусной нагрузки в сыворотке крови матери перед родами.

Заражение ребенка вирусом гепатита С происходит, главным образом, во время родов, но возможно и внутриутробное заражение. До настоящего времени не получено убедительных данных, что родоразрешение кесаревым сечением уменьшает риск заражения ребенка. Этот вопрос продолжает изучаться.

Результаты исследований показали, что грудное вскармливание не увеличивает риска инфицирования новорожденных.

Наличие вируса в организме матери не является противопоказанием к беременности и рождению ребенка. Однако учитывая высокую эффективность современной противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом С, а также тот факт, что прививки от гепатита С не разработаны, целесообразно проведение противовирусного лечения у молодых женщин до планирования беременности.

Во время беременности необходимо обследование на наличие HBsAg и антител к вирусу С. В случаях обнаружения инфекции необходима консультация врача-гепатолога, который назначит необходимый объем обследования. Важно исследование полного спектра вирусных маркеров в сыворотке крови для определения активности инфекции и риска заражения ребенка.

Проведение противовирусной терапии не рекомендуется во время беременности в связи с возможными неблагоприятными эффектами на плод.

Вывод. Когда происходит интенсивное поражение печени гепатитами С, у женщин наблюдается быстрая утомляемость, резкая боль в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота и рвота. Моча и фекалии меняют свою консистенцию.

Гепатиты С, В встречаются у 70% беременных женщин. Гепатит С через мать передается ребенку в редких случаях (до 5%). Кроме того, у новорожденных от больных женщин гепатитом С анализ крови показывает наличие антител к гепатиту С. Если малыш не заразился гепатитом С от матери, то антитела исчезают в течение полутора лет его жизни.

ASSESSMENT OF SURGICAL GAMMA DETECTORS FOR LOCALIZATION OF SIGNAL LYMPHONOSIS IN CERVICAL AND VAGINAL CANCER

Isakova D.B.
Faculty of the Department of Promotion and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Introduction. Lymph nodes in cervical and vaginal cancers can be identified with bluing radioisotopes or a combination of both.

Purpose of the study: The purpose of this study is to compare the available gamma detectors and their ranking according to their ability to localize lymph nodes.

Results. Recognition of SU during surgery is based not only on a visual examination of the lymphatic collector to detect nodes with blue color, but also to assess the radioactive colloid in the SU using a gamma probe. The gamma detector assay has become the standard in lymphatic mapping. This procedure is currently used for breast cancer and melanoma. Several research groups have evaluated this technique also for thyroid cancer and gynecological and neuroendocrine tumors. It has become a valuable tool in nuclear medicine and surgery with the identification of any lymph node receiving direct lymphatic drainage from the site of injury.

The surgeon and dosimetrist should work together to select the operating gamma sample, and the requirements for the surgery should be consistent with those of the commercially available samples. Most of the samples tested performed satisfactorily in laboratory tests. In our study, according to the doctors' assessment, Europrobe showed the best ergonomic qualities. In the analysis of sensitivity, the best result was shown by GRP2. Sensitivity is an important factor in recognizing lymph nodes with low accumulation or with deep placement and for reducing the activity of injected radionuclides, reducing the dose of radiation absorbed by patients and personnel involved in all stages of SU-technology procedures. Safety is a key factor in the equipment selection process. With further consideration and decision-making in gynecology about the choice of handheld detectors for detecting SU, cost effectiveness may become an important parameter. It can easily be shown that choosing the GRP2 is an interesting decision when considering its good performance combined with its low cost.

Conclusions. After conducting laboratory research, we can conclude that successful detection of SC in surgery may depend on the performance of handheld gamma detectors.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Исакова Д.Б.
Факультет кафедры повышения и переподготовка врачей акушества и гинекология
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При раке шейки матки наиболее часто в опухолевый процесс вовлекается влагалище, параметральная клетчатка, лимфатические узлы таза, значительно реже - тело матки и лимфатические узлы парааортальной и надключично-подключичной групп.

В отсутствии специального лечения в области первичной опухоли наблюдается поражение полостных органов - прямой кишки и мочевого пузыря. Поражение же собственно влагалища может

происходить путем метастазирования по лимфатическим сосудам, а также развития ретроградных метастазов и раковых эмболов в венах, имплантационных метастазов в местах соприкосновения шейки матки со стенками влагалища.

Цель исследования. Изучить вопросы диагностики, лечения и профилактики рака шейки матки современными методами.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 58 женщин с диагностированным и направленным раком шейки матки для выполнения поставленной задачи по диагностике, лечению и профилактике с использованием современных методов.

Результаты исследования. Анализ изученной научно-медицинской литературы и материалов государственной регистрации показал, что согласно наблюдениям многих исследователей результаты диагностики и лечении раковых и предраковых заболеваний шейки матки, несмотря на обилие предлагаемых методов не всегда удовлетворительны.

Проблема рака шейки матки (РШМ) в течение многих десятилетий продолжает оставаться в центре внимания ведущих зарубежных и отечественных онкологов. Злокачественные опухоли шейки матки занимают лидирующую позицию среди злокачественных новообразований органов репродуктивной системы у женщин, уступая лишь раку молочной железы, несмотря на наличие гораздо более эффективного скрининга по сравнению с этим заболеванием.

По прогностическим оценкам экспертов (с учетом роста населения и увеличения ожидаемой продолжительности предстоящей жизни) к 2020 г. в развивающихся странах рост показателей заболеваемости и распространенности РШМ составит 40%, а в развитых странах – 11%. Если сегодня не проводить своевременные мероприятия по профилактике и лечению РШМ, то после 2050 г. ежегодно в мире РШМ будет заболевать 1 млн. женщин.

Планирование и реализация масштабных программ по улучшению онкологической помощи населению невозможны без получения новых знаний об общей эпидемиологической ситуации в стране, в ее отдельных регионах [Рубцова Н.А., Новикова Е.Г., Синицын В.Е., Пузаков К.Б., 2012]. Ведущими причинами запущенности РШМ, как правило, являются скрытое, малосимтомное течение заболевания и, вследствие этого, несвоевременное обращение больных за медицинской помощью, ошибки медицинского персонала при диагностике. Это приводит к тому, что злокачественные новообразования шейки матки по настоящее время остаются актуальной проблемой, важной и в медицинском, и в социальном отношении, так как развиваются, в основном, у женщин репродуктивного возраста наиболее плодотворного и в плане деторождения, и в плане социальной активности

Организационные подходы, для снижения заболеваемости раком шейки матки включают: улучшение качества взятия мазков с шейки матки, путем обучения мед. персонала смотрового кабинет в технике взятия мазков и создания школы цитологов; усиление взаимодействия и повышение настороженности врачей первичного звена и внедрение организационно-функциональной модели скрининга рака шейки матки.

Вывод. В целом реализация органосохраняющих и функционально-щадящих подходов в лечении онкогинекологических больных является актуальным и перспективным научным направлением, позволяющим не только излечить пациентку, но и сохранить основные функции женского организма, значительно улучшая качество жизни, сокращая сроки социальной и психологической реабилитации, а иногда и возможности к выполнению репродуктивной функции.

Несмотря на столь серьезную патологию, у больных РШМ по возможности необходимо стремиться сохранить качество жизни, социальный статус и трудовую активность у женщин молодого возраста, а также возможность сохранения репродуктивной функции. В связи с этим проведение транспозиции яичников в латеральные каналы брюшной полости, их удаление из области последующего лучевого воздействия в целях сохранения их гормональной функции является целесообразным и выполнимым.

Предложенный алгоритм дифференциальной диагностики и прогнозирования позволит улучшить выявление диагностики и профилактики предраковых и раковых заболеваний шейки матки.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА

Исакова Д.Б.
Факультет кафедры повышения и переподготовка врачей акушества и гинекология
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак шейки матки является одной из наиболее частых злокачественных опухолей репродуктивной системы женщин.

В 50-е годы прошлого века смертность от рака шейки матки стояла на первом месте после рака желудка, и составила 90% от онкопатологни женской репродуктивной сферы.

В последние годы расширение противораковой пропаганды, проведение различных скрикннговых программ но профилактике и выявлению рака шейки матки позволило снизить заболеваемость раком шейки матки и несколько раз однако, данная патология до сих пор занимает лидирующее место среди онко-патологии женщин.

Цель исследования. Изучить особенности патологических процессов шейки матки у женщин репродуктивного возраста и разработать предложения для профилактики рака и оздоровления этой категории пациенток в регионе высокой рождаемости.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 65 женщин с раком шейки матки и провели у них частные обследования.

Результаты исследования. При патологических процессах шейки матки вирусные инфекции имеют место в 98,4%: ВПГ - в 54,8%, ЦМВ - 43,6%. Среди женщин активного репродуктивного возраста указанные инфекции встречаются в 2,8 раза чаще (40% и 32,6%) по сравнению с пациентками старшей возрастной группы (14,8% и 11,0% соответственно) ($p<0,05$). Среди ВПЧ положительных результатов выявлено: ВПЧ низкого онкогенного риска - 84,6% и ВПЧ высокого онкогенного риска - 15,4% случаев. Установлено, что у женщин позднего репродуктивного возраста, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска, изменения клеточного (CD3 - 44,1%, CD4 - 26,7%, CD8 - 16,5%) и гуморального звеньев иммунитета (Ig M - 169,0 мг%) более выражены, чем у женщин активного репродуктивного возраста (CD3 — 42,0%; CD4 - 25,6%, CD8 - 16,3%), (Ig M - 107,2 мг% соответственно) ($p<0,001$).

Кольпо-цитологическими маркерами вирусного поражения эпителия шейки матки являются аномальные очаги в зоне трансформации (28,5%): ацетобелый эпителий в 39,5%, пунктация - в 35,4%, мозаика - в 39,2%, йоднегативные очаги в 73,9% и койлоцитоз в 13,4% случаев.

Женщины позднего репродуктивного возраста с патологическими процессами шейки матки представляют группу риска по развитию рака шейки матки: подозрительный тип цитологического мазка выявлен в 2 раза (12,8%), тяжелая степень дисплазии при морфологическом исследовании в 4,2 раза чаще (26,7%) по сравнению с пациентками активного репродуктивного возраста (6,3% и 6,3% соответственно) ($p<0,05$).

Комплексное поэтапное обследование женщин репродуктивного возраста с патологическими процессами шейки матки, с учетом выявленной соматической и гинекологической патологии и репродуктивных целей позволяет своевременно выявить пациенток группы риска по развитию предраковых состояний и провести профилактику РШМ. Через 6 месяцев кольпоскопическая картина нормализовалась у 26,7% женщин, через 24 месяца — у 96,6%; цитограммы I типа имели место через 6 месяцев у 36,6%, через 24 месяца - у 86,9%; цитограммы III нивелировались к концу года у 42,9% женщин, через 2 года - у 71,4%.

Вывод. В заключение следует сказать, что, учитывая уникальные возможности цитологического скрининга РШМ к сохранении здоровья и жизни женщин, относительно низкую стоимость, общество обязано обеспечить базовый уровень организованного скрининга с учетом научно обоснованных положений и финансовых возможностей.

Следует рассмотреть вопрос о включении скрининга в систему обязательною медицинского страхования. Доказано, что финансовые затраты на проведение эффективного скрининга ниже, чем на лечение больных с инвазивным раком шейки матки. Базовую систему скрининга могут эффективно дополнить меры индивидуальной профилактики с использованием более частого обследования и группах повышенного риска, с привлечением более дорогих, но значительно более чувствительных молекулярно-биологических методов определения вирусов папилломы человека «высокого риска».

NEW OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF HPV-ASSOCIATED LESIONS OF THE UTERINE CERVIC

Islamova Z.K.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

Relevance. Cervical cancer (CC) ranks first in the structure of oncological diseases of the female genital organs and fourth among all oncopathology (after breast cancer, colorectal cancer and lung cancer). More than 470,000 new cases of cervical cancer and more than 270,000 deaths are reported worldwide each year.

In recent years, cervical cancer is increasingly common at a young age. According to the WHO, the incidence of cervical cancer in the age group of 15-39 years in the world was 111,503 cases, in Russia - 3,954, in the group of 40-44 years - 66,308 and 1,564 cases, respectively. According to a number of studies, cervical cancer in women aged 30-39 years is 78%, at the age of 20-29 years - 21%, and only in 1% of cases was diagnosed at the age of less than 20 years.

Epidemiological and molecular biological data indicate an important role of the human papillomavirus in the occurrence of cervical intraepithelial neoplasias and cervical cancer. In almost 100% of cases in patients with

cervical cancer, confirmed by a histological method of research, human papillomavirus (HPV) of highly oncogenic types is detected.

Currently, it is generally accepted that HPV is one of the leading factors in the development of cervical cancer.

Human papillomavirus is a DNA virus with two structural genes (L1 and L2) and seven functional genes (E17). More than 200 types of HPV are known, more than 40 of them are capable of affecting the mucous membranes of the genital organs. HPV is classified into high-oncogenic and low-oncogenic types of the virus.

Purpose of the study. To improve the results of diagnosis and treatment of HPV associated pathology of the cervix uteri, by. improvement of screening studies and the algorithm of medical actions.

Materials and research methods. A comprehensive examination and treatment of 221 women with diseases associated with human papillomavirus infection was carried out.

Research results. The effectiveness of the current cytological screening for cervical cancer in the Andijan region has been low for a number of years and ranges from 9% to 47.7%. This is due to a violation of the technique of sampling material for cytological examination, contamination of the material with elements of inflammation (60-80%) and does not depend on the method of staining smears.

In patients with HPV - associated pathology of the cervix, dysbiotic and nonspecific inflammatory processes of the vagina and cervix (70.4%), sexually transmitted infections (63.3%), the treatment of which contributes to the elimination of HPV, are revealed.

The information content of a cytological study depends on the qualifications of the specialist who takes the material. The use of cytobrushes and cervix-brushes, in comparison with foam ^ cubes, increases the sensitivity up to 68.7%, the specificity up to 84.0% and the predictive value up to 90.0%.

HPV - testing for specificity ($p < 0.001$) and predictive value of a positive result ($p < 0.05$) is inferior to the cytological method. Low quantitative HPV loads correlate with the absence of cytological changes ($p < 0.001$), and high ones - with high-grade intraepithelial lesions (H8Rb) ($p < 0.01$).

The use of immunomodulatory drugs in the complex therapy of HPV - associated pathology of the cervix, does not affect the effectiveness of measures in patients with cervical intraepithelial lesions during follow-up for a year ($p > 0.05$), but at the same time it accelerates the elimination of human papillomavirus infection with an assessment of the result in within 6 months.

A differentiated approach to early diagnosis and treatment of HPV-associated pathology of the cervix increases the effectiveness of therapeutic and diagnostic measures and gives a pronounced medical and economic effect.

Conclusions. The development of new methods for the diagnosis and treatment of PVI is a priority in gynecology. The success of new diagnostic techniques will lead to early detection of atypical transformation of cervical epithelial cells and the assessment of risk factors for tumor transformation, the emergence of effective screening programs and, as a result, to a significant decrease in the incidence of cervical cancer.

The emergence of new treatment methods will reduce the number of surgical procedures on the cervix and the volume of operations, which in turn will allow maintaining fertility in the female population and reducing obstetric complications during childbirth. The emergence of modern methods of diagnosis and treatment of PVI will open up new opportunities for understanding and combating malignant pathology of the reproductive system in women caused by PVI.

A differentiated approach to early diagnosis and treatment of HPV-associated pathology of the cervix increases the effectiveness of therapeutic and diagnostic measures and gives a pronounced medical and economic effect.

Conclusions. The development of new methods for the diagnosis and treatment of PVI is a priority in gynecology. The success of new diagnostic techniques will lead to early detection of atypical transformation of cervical epithelial cells and the assessment of risk factors for tumor transformation, the emergence of effective screening programs and, as a result, to a significant decrease in the incidence of cervical cancer.

The emergence of new treatment methods will reduce the number of surgical procedures on the cervix and the volume of operations, which in turn will allow maintaining fertility in the female population and reducing obstetric complications during childbirth. The emergence of modern methods of diagnosis and treatment of PVI will open up new opportunities for understanding and combating malignant pathology of the reproductive system in women caused by PVI.

OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HPV-ASSOCIATED PRECANCERAL DISEASES OF CERVICAL CANCER COMBINED WITH PAPILLOMAVIRAL INFECTION

Islamova Z.K.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

Relevance. According to the literature, the prevalence of HPV infection in young women is 40-80%, and the probability of HPV infection persistence is 80-90%. Of the 600 HPV types, more than 40 types can cause damage to the anogenital tract (genitals and perianal region) and the appearance of genital warts in men and women. High-risk HPV is associated with the development of cervical cancer (CC) in almost 100% of cases.

In the structure of HPV-associated malignant neoplasms, two highly oncogenic HPV types account for up to 70% of cases of cervical cancer, with type 16 having the highest carcinogenic potential. Among the patients with cervical cancer, the proportion of reproductive age is extremely high and amounts to 71.6% of the total number of sick patients. In view of the above, the problem of diagnosis and treatment of diseases caused and associated with HPV is an urgent problem.

Purpose of the study. Improving the provision of medical care for precancerous diseases of the cervix, combined with human papillomavirus infection.

Materials and research methods. A comprehensive examination and treatment of 221 women with diseases associated with human papillomavirus infection was carried out.

Research results. When examining the genitals in 66.7% of patients, condylomas were multiple in nature and were located in the vulva, perineum and vagina (15%), in the vulva and cervix - 10.6%, on the perineum, vulva and in the perianal region - 6.7 %. In the study, the majority of patients revealed concomitant microflora: gardnerella - 62.2%, ureamicoplasma - 59.6%, candida - 34.6%, chlamydia - 16.4%, Trichomonas - 12.5%. In colposcopic examination of the cervix, an incomplete transformation zone was diagnosed - 79.6%), simple leukoplakia - 11.8%, endometriosis - 4.4%, CIN I - 3.2%, CIN 11-1%. Optimization of therapeutic measures for precancerous diseases of the cervix associated with human papillomavirus infection is represented by 3 stages. At the first stage, a comprehensive examination of the patients and etiotropic treatment of the concomitant pathology of the reproductive system are carried out. At the same time, the partner is examined and treated.

A study of the immune system with an emphasis on interferon status is being carried out. Control over the recovery of concomitant diseases is carried out by repeated taking smears for bacterioscopic and bacteriological studies. At the second stage, the removal of genital warts and radiodestruction of the cervix under the control of video colposcopy is carried out simultaneously.

The exposure was carried out once with the capture of healthy tissues within 2-3 mm. The third stage is the rational management of the postoperative period using ozonized olive oil "Autri-Ozonid", which has a bactericidal, antiviral effect, stimulates reparative processes.

Conclusions. Pathologies of the anogenetic region associated with human papillomavirus infection are found mainly in young sexually active women with several sexual partners. The use of the radio wave method, antiviral, antibacterial drugs, immunomodulators, ozonized olive oil "Otri-Ozonid" made it possible to ensure the effectiveness of treatment, which consists in rapid epithelialization of the wound surface and the absence of relapses in the long-term period.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ

Исматова Мохинур Изатиллоевна
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность: Занятия художественной гимнастикой являются очень полезными с медицинской точки зрения для растущего молодого организма и на очень высоком среди них функциональном уровне находится сердечно-сосудистая и дыхательная системы организма. Данный вид спорта подталкивает детей постоянно следить за своей походкой, правильностью постановки стопы и умения держать осанку. Гимнастика делает девочку смелее и решительнее, у ребенка пропадает зажатость, развивается чувство собственного достоинства, развивает целеустремлённость и общую выносливость организма. Художественная гимнастика является исключительно женским видом спорта наблюдение за жизнью ребёнка в детском саду, видя огромнейшую потребность в постоянном движении, танце, игре, возникла необходимость максимально разнообразить двигательную активность и раскрыть способности талантливых детей, в частности— девочек.

Физическое здоровье является критерием показателей здоровья детского населения. Оценка состояния физического развития не мыслима без данных антропометрических показателей различных возрастных групп.

Цель исследования и задачи. Изучение и сравнение антропометрические параметры девочек Бухарской области занимающихся художественной гимнастикой.

Используемыми методами. В обследовании принимали участие практически здоровые 80 девочек 11-и 12-летнего возраста. Из них 40 девочек, занимались в гимнастических центрах город Бухары, а остальные 40 - девочки школы №7 город Бухары, не занимающиеся гимнастикой.

Антропометрические показатели оценивались с методика Н.Х.Шомирзаева с соавт. (1998 г).

Антропометрические показатели наблюдаемого контингента оценивали по нижеследующим показателям: длина тела (см), масса тела (кг), длина нижней конечностей (см), размеры таза (см).

Полученными результатами. Проведенные нами исследования показали, что рост стоя 11 летних девочек-гимнасток варьировал от 124,5 до 152,5 в среднем составляя 137,0±1,7, у девочек того же возраста, но не занимающихся художественной гимнастикой колебалась от 136,2 до 157,1 в среднем была равна 136,0±1,3. Мы сможем отметить, что рост у 12 летних девочек занимающихся художественной гимнастикой колебался от 138,1 см до 152,5 см, в среднем составляя 144,2±0,89, у девочек- не гимнасток рост стоя находится в пределах от 136,1 до 149,1 в среднем составило 143,8±0,81.

Масса тела 11- летних девочек-гимнасток колебалась от 22,7 до 39,0, в среднем была равна 27,7±1,01. У девочек, не занимающихся спортом, так же в возраста варьировал от 27,1 до 49,0, в среднем составляя 34,0±1,36. Параметры массы тела у 12- летних гимнасток – художниц варьировали от 24,8 до 30,7, в среднем 27,9±0,37, а у не занимающихся изменялся в пределах от 28,0 до 50,0, в среднем была равна 38,0±1,36.

Длина верхней конечности 11-летних гимнасток-художниц показатели длина верхней конечности колебался от 68,0 до 76,2, в среднем была равна 72,4± 0,49, у девочек - не гимнасток изменился в пределах от 65,5 до 76,0, в среднем 68,3±0,65. У 12-летних гимнасток показатели длина верхней конечности колебался от 71,5 до 78,5, в среднем была равна 74,8± 0,43, у девочек - не гимнасток изменился в пределах от 68,0 до 78,0, в среднем 73,3±0,62.

Длина плеча В возрасте 11 лет у гимнасток этот показатель изменялся а пределах от 28,1 до 37,3, в среднем была равна 30,6±0,56, у девочек - не гимнасток колебался от 28,0 до 31,5, в среднем 29,7±0,22. Длина плеча у гимнасток в возрасте 12 лет варьировали от 29,3 до 37,2, в среднем 32,9±0,49. У девочек того же возраста, но незанимающихся гимнастикой этот показатель колебался в пределах 30,1 до 34,2, в среднем была равна 31,6±0,25.

У девочек-гимнасток 11- летнего возраста длина предплечья изменялась от 22,1 до 27,3, в среднем 24,3±0,31, у девочек- не гимнасток размеры варьировали от 19,2 до 25,3, в среднем 21,1±0,37. Показатели длина предплечья гимнасток 12-летнего возраста от 22,5 до 25,2, в среднем 24,2±0,16, у девочек не занимающихся гимнастикой данные изменялись в пределах 20,0 до 26,1, в среднем 24,0±0,37.

Длина кисти 11-летних гимнасток варьировала от 16,4-18,0, в среднем 17,5±0,12, у не занимающихся гимнастикой колебался в пределах 16,1-19,0, в среднем 17,5±0,19. У гимнасток в возрасте 12 лет этот показатель составил от 17,0 до 18,0, в среднем 17,7±0,06. У девочек - не гимнасток такого же возраста длина предплечья изменялась от 16,1 до 18,5, в среднем была равна 17,6±0,16.

Длина нижней конечности у 11-летних девочек-гимнасток варьировали от 75,2 до 89,0, в среднем 80,9±0,89, а у девочек того же возраста, но не гимнасток этот показатель колебался в пределах 77,1 до 84,2, в среднем 79,4±0,43. У 12-летних девочек-гимнасток показатели длина нижней конечности колебался от 76,2 до 90,3, в среднем 84,9±0,87, а у не занимающихся изменялся в пределах от 78,1 до 91,1, в среднем 83,1±0,81.

Длина бедра гимнасток 11-летнего возраста от 38,4 до 46,2, в среднем 42,7±0,49, у девочек не занимающихся гимнастикой данные изменялись в пределах от 40,2 до 44,0, в среднем 42,6±0,25. У 12 летних девочек занимающихся художественной гимнастикой колебался от 37,1 до 48,2, в среднем составляя 44,4±0,68, у девочек - не гимнасток длина бедра находится в пределах от 38,1 до 49,4 в среднем составило 43,0±0,68.

Длина голени 11-летних девочек-гимнасток варьировали от 35,1 до 44,3, в среднем была равна 38,3±0,56, у девочек - не гимнасток колебался от 30,0 до 40,2, в среднем 36,9±0,62. Длина голени у гимнасток в возрасте 12 лет варьировали от 34,3 до 44,2, в среднем 40,4±0,62. У девочек того же возраста, но незанимающихся гимнастикой этот показатель колебался в пределах 35,1 до 44,2, в среднем была равна 40,1±0,55.

Обхват голени 11-летних гимнасток-художниц показатели обхват голени колебался от 25,0 до 38,2, в среднем была равна 28,2± 0,81, у девочек - не гимнасток изменился в пределах от 24,4 до 35,0, в среднем 27,7±0,68. Обхват голени 12-летних девочек занимающихся художественной гимнастикой варьировала от 26,0 до 38,0, в среднем 31,4±0,74, у не занимающихся гимнастикой колебался в пределах 25,1-33,0, в среднем была равна 30,0±0,49.

При исследовании размеров таза, было обнаружено, что у 11-летних девочек занимающихся художественной гимнастикой варьировала от 17,0 до 34,0, в среднем 25,2±1,05, у не занимающихся

гимнастикой колебался в пределах 22,1-31,0, в среднем 25,9±0,56. У гимнасток в возрасте 12 лет этот показатель составил от 23,0 до 30,0, в среднем 25,8±0,43. У девочек - не гимнасток такого же возраста ширина таза изменялась от 23,1 до 28,3, в среднем была равна 24,9±0,31.

Результаты исследований показали, что длина стопы гимнасток в 11 - летнем возрасте от 17,5 до 24,0 в среднем составляя 20,8±0,40, у девочек того же возраста, но не занимающихся художественной гимнастикой колебалась от 18,2 до 22,1 в среднем была равна 20,6±0,25. У 12 летних девочек занимающихся художественной гимнастикой колебался от 17,5 до 24,0, в среднем составляя 21,8±0,40, у девочек - не гимнасток длина стопы находится в пределах от 21,1 до 23,0 в среднем составило 21,6±0,12.

Вывод. Таким образом, изучение антропометрических данных позволяют сделать вывод о том, что девочки, занимающиеся гимнастикой, менее упитаны и ниже ростом, чем их сверстницы, не занимающиеся спортом. Длинноногостью отличаются девочки, занимающиеся гимнастикой, чем не занимающимиеся спортом. Тазовые параметры имеют тенденцию к возрастному увеличению. Фактурность гимнасток зависит от частоты тренировочных нагрузок с учетом требований гимнастических упражнений, в связи с этим наиболее целесообразным представляется оптимизация учебно-тренировочного процесса, а также разработка специфических подходов к коррекции гормональных нарушений в организме спортсменок.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Йулчибоева В.Л., Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Плацентарная недостаточность (ПН) является одной из важнейших проблем современного акушерства и перинатологии. Частота ее колеблется, по данным различных авторов, от 22% до 45% всех беременностей, значительно возрастая при сопутствующей экстра-генитальной патологии.

Так, у пациенток с сахарным диабетом ПН встречается в 24,7% - 65% случаев, при патологии щитовидной железы - в 66% наблюдений. У беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы феномен ПН был отмечен в 37,2% - 45%.

Цель исследования. Разработать метод прогнозирования хронической плацентарной недостаточности и дифференцированные подходы к использованию в ее комплексном лечении озонотерапии и гипербарической оксигенации, оценить их влияние на важнейшие показатели гомеостаза беременных, течение и исход гестации, развитие плода и ребенка на первом году жизни.

Материалы и методы исследования. Изучено 150 историй родов женщин в сроке беременности 3740 недель, их последы (154, в том числе 9 двоен), а также истории развития новорожденных.

Тридцать последов получено от здоровых женщин, которые родили детей с оценкой по шкале Апгар на первой минуте жизни 8-9 баллов (первая, контрольная группа).

Вторую группу наблюдений составили 62 последа от 60 женщин с гипоксией плода и новорожденного (3 многоплодных беременности с 1 монохориальным и 2 бихориальными последами) Все дети родились живыми. 16 новорожденных - в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, 41 - 6 баллов. Три многоплодных беременности закончились рождением первых новорожденных с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, вторых новорожденных в двух случаях с оценкой 6 баллов, а в одном - 5 баллов. Постгипоксическая энцефалопатия диагностирована у одного ребенка.

Третья группа наблюдений состояла из 62 последов от 60 женщин с гипоксией плода и СЗРП (2 многоплодных беременности с 2 бихориальными последами). Двое детей родились мертвыми (один случай из многоплодной беременности) после тугого обвиття пуповины с развитием острой гипоксии. Тридцать один ребенок родился с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, 29 детей - 6 баллов.

Результаты исследования. Субкомпенсированная форма хронической фетоплацен-тарной недостаточности чаще встречается у пациенток старше 30 и моложе 18 лет с никотиновой зависимостью, ожирением, гиперплазией щитовидной железы, хроническим пиелонефритом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поздним менархе, нарушениями менструального цикла, бесплодием, имеющих в анамнезе самопроизвольный выкидыш, гестоз, ВЗРП, кесарево сечение.

Исследование активности перекисного оеисления липидов и антиокси-дантной системы защиты позволяет с высокой вероятностью прогнозировать развитие хронической фетоплацентарной недостаточности, риск которой повышается в случае превышения показателем I шах нормативных уровней в 1,25 раза, 8 в 1,34 раза, 2а в 1,29 раза, уровней диеновых конъюгатов в 1,42 раза, триеновых конъюгатов в 1,23 раза, оснований Шиффа в 1,32 раза, снижения активности каталазы эритроцитов в 1,2 раза, супероксиддистмутазы эритроцитов в 1,08 раза.

Медицинский озон и гипербаротерапия, используемые в комплексном лечении компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности оказывают аналогичный положительный эффект:

достоверно улучшают клиническое течение гестоза, способствуют пролонгированию беременности, ликвидации анемии, снижают в 2,5 раза частоту кесарева сечения, в 3 раза уменьшают риск раннего охождения околоподных вод, развития слабости родовой деятельности, снижают кровопотерю в родах и во время операции кесарева сечения, уменьшают вероятность осложнений послеродового периода, связанных с нарушением сократительной способности матки. При наличии субкомпенсированной формы лишь при использовании озонотерапии достоверно чаще наступает стойкая ремиссия гестоза, в 2 раза реже возникает необходимость в досрочном родоразрешении, в 2,5 раза снижается частота кесарева сечения, уменьшается кровопотеря во время оперативного родоразрешения.

Вывод. Проведенные исследования позволили разработать и внедрить в практическое здравоохранение методику дифференцированного использования озонотерапии и гипербарической оксигенации в комплексном лечении хронической плацентарной недостаточности.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСАПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Йулчибоева В.Л., Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Плацентарная недостаточность (ПН) сопровождается высокой частотой перинатальных осложнений и лежит в основе нарушения развития и роста плода.

В последнее время выделяют две основных формы ПН: трофическую, при которой нарушаются усвоение питательных веществ и синтез продуктов обмена и дыхательную, приводящую к неадекватному транспорту кислорода и углекислого газа.

При ПН происходит также преждевременное «старение плаценты», вследствие развития апоптоза и нарушения функций плацентарного барьера. Ускорение процесса апоптоза паренхиматозных клеток может способствовать пролиферации фибробластов и образованию соединительной ткани.

Цель исследования. Разработать метод прогнозирования хронической плацентарной недостаточности и дифференцированные подходы к использованию в ее комплексном лечении озонотерапии и гипербарической оксигенации, оценить их влияние на важнейшие показатели гомеостаза беременных, течение и исход гестации, развитие плода и ребенка на первом году жизни.

Материалы и методы исследования. Изучено 150 историй родов женщин в сроке беременности 3740 недель, их последы (154, в том числе 9 двоен), а также истории развития новорожденных.

Тридцать последов получено от здоровых женщин, которые родили детей с оценкой по шкале Апгар на первой минуте жизни 8-9 баллов (первая, контрольная группа).

Вторую группу наблюдений составили 62 последа от 60 женщин с гипоксией плода и новорожденного (3 многоплодных беременности с 1 монохориальным и 2 бихориальными последами) Все дети родились живыми. 16 новорожденных - в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, 41 - 6 баллов. Три многоплодных беременности закончились рождением первых новорожденных с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, вторых новорожденных в двух случаях с оценкой 6 баллов, а в одном - 5 баллов. Постгипоксическая энцефалопатия диагностирована у одного ребенка.

Третья группа наблюдений состояла из 62 последов от 60 женщин с гипоксией плода и СЗРП (2 многоплодных беременности с 2 бихориальными последами). Двое детей родились мертвыми (один случай из многоплодной беременности) после тугого обвиття пуповины с развитием острой гипоксии. Тридцать один ребенок родился с оценкой по шкале Апгар на первой минуте 7 баллов, 29 детей - 6 баллов.

Результаты исследования. Своевременные роды у женщин 2-й группы с гипоксией плода состоялись в 26,6% при сочетании с СЗРП (3 группа)- в 28,3%. Кесарево сечение было произведено у женщин 2-й группы в 68,3% случаев, при сочетании с СЗРП (3 группа) - в 60,0%. Преждевременное отхождение амниотической жидкости произошло у женщин с гипоксией плода в 38,3%, а при сочетании с СЗРП - в 31,7%. Первичная слабость родовой деятельности диагностирована у 15,0% женщин 2-й группы с гипоксией плода и у 8,3% при сочетании гипоксии плода с СЗРП (3 группа).

Осложнения послеродового периода отмечались в 13,3% рожениц 2 группы с гипоксией плода и в 20,0% - у пациенток 3 группы, при сочетании гипоксии с СЗРП (после операции кесарево сечение).

Изменения "острых маркеров" гипоксии плода характеризовались наличием нереактивного нестрессового теста, нарушением частоты, регулярности и длительности эпизодов дыхательных движений, двигательной активности плода. Дыхательные движения плода нередко имели патологический характер (двойные, тройные, икотоподабные, мигающие). Одним из "хронических маркеров" гипоксии было развитие маловодия.

Расстройство маточно-плацентарно-плодового кровообращения I степени выявлено у 37 (61,7%) пациенток, II степени - в 17 (28,3%), III степени - в 6 (10,0%) при гипоксии плода (2 группа), а при сочетании

с СЗРП (3 группа) - I степень расстройства маточно-плацентарно-плодового кровообращения выявлено у 20 (33,3%) пациенток, II степень - у 39 (65,0%), III -у 1 (6,0%).

В 28 (44,4%) случаях была диагностирована компенсированная гипоксия плода - 5-6 баллов по Фишеру, в 35 (55,6%) - 7 баллов по Фишеру, а при сочетании с СЗРП - в 39 (60,9%) случаях была выявлена компенсированная гипоксия плода - 5-6 баллов по Фишеру, в 25 (39,1%) - 7 баллов по Фишеру.

Вывод. Гипоксия плода, а особенно в сочетании с СЗРП, сопровождается нарушениями в сосудисто-тромбоцитарном и коагуляционном звеньях гемостаза, процессами усилением инволютивно-дистрофических процессов в плаценте, которая отражается на готовности клеток к апоптозу в местах расположения масс фибриноида, солей извести.

Повышение индекса апоптоза в структурах плацентарного барьера (эпителий ворсин, эндотелий фетальних сосудов) при гипоксии плода без достоверной разницы с контрольной группой указывает на хорошо развитые КПР, которые компенсируют влияние гипоксии.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Кадиров Х.С.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В практической деятельности врач-педиатр нередко встречается с острыми состояниями, требующими проведения неотложной терапии. Экстренная медицинская помощь сопряжена с высокими рисками развития осложнений, сжатыми сроками оказания помощи, отсутствием стандартных условий работы, ограниченными возможностями прогнозирования ургентных состояний. Угрожающие жизни ситуации по данным ВОЗ возникают у детей в 25% случаев.

Цель исследования. Повышение качества подготовки врачей и студентов к оказанию неотложной медицинской помощи детям с помощью симуляционных технологий.

Материалы и методы исследования. За 2018 год уровень младенческой смертности в Андижанской области снизился по сравнению с 2017г. с 7,9% до 6,5 % (на 21,2%), прежде всего, за счет снижения смертности новорожденных с 4,5% в 2017г. до 3,5% в 2018г. (на 24,4%).

Результаты исследования. Созданный симуляционный образовательный курс позволяет улучшить обучение и контроль качества профессиональных навыков врача при проведении базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации.

Разработанная балльно-рейтинговая система оценки знаний и практических навыков по сердечно-легочной реанимации позволила стандартизировать процесс контроля профессиональных навыков врача, определять степень готовности врача к практическому оказанию неотложной медицинской помощи детям, выявлять необходимость обучения.

С помощью балльно-рейтинговой системы были выявлены наиболее трудноусваиваемые навыки сердечно-легочной реанимации: соблюдение рекомендованной глубины компрессий в группе врачей скорой медицинской помощи (66,4%); соблюдение интервала между циклами компрессий в группе врачей неотложной медицинской помощи на дому (47,9%); выполнение респираторной поддержки рекомендованным объемом у ординаторов и интернов (54%); студентов (51%).

Создание и внедрение симуляционной программы обучения «Работа в команде» врачей скорой медицинской помощи позволила повысить эффективность реанимационных мероприятий с 12% до 84% ($p<0,05$).

Созданный персонифицированный регистр врачей позволяет проводить эффективное планирование учебного процесса с учетом усвояемости знаний, прослеживать динамику когнитивного роста каждого врача, формировать группы курсантов в соответствии с уровнем знаний и индивидуальными особенностями.

Выявленное снижение качества реанимационных навыков среди врачей скорой медицинской помощи с 97,2% до 50,6% ($p<0,05$) к концу 2 года определяет регламент прохождения повторных симуляционных курсов 1 раз в 2 года.

Выводы. Вышеизложенное детерминирует целесообразность развития системы ИПРН. Это позволит повысить качество оказания квалифицированной медицинской помощи при критических состояниях в неонатологии. Повышение будет осуществляться путём более широкого привлечения к обучению в ОСЦАГП «смежных специалистов» (в первую очередь, педиатров) и среднего медицинского персонала с реализацией краткосрочных (например, 18-ти часовых) программ (продолжая осуществлять в полном объёме подготовку по рекомендованным МинздравРУз 72-м часовым унифицированным программам «Интенсивная терапия в неонатологии - практические навыки и умения», «Клиническое акушерство», «Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерском и гинекологическом стационарах»).

Но развитие данного направления (системы инструкторов) предполагает законодательную поддержку со стороны Министерства здравоохранения.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ И В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРИИ

Кадиров Х.С.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Фундаментальность теоретической подготовки студентов всегда была свойственна отечественному образованию. Однако для успешной трудовой деятельности и умения решать поставленные профессиональные задачи студентам необходимо научиться владеть практическими навыками работы на достаточно высоком уровне еще во время учебы в вузе.

При этом, известно, что сегодня овладение студентами практическими навыками на базе учебного заведения может быть затруднено вследствие многих причин (финансовых, организационных, этических).

Так, далеко не всегда имеется возможность обеспечить обучающихся необходимыми средствами для освоения практических навыков, зачастую скоротечность протекания исследуемых процессов не позволяет зафиксировать и осмыслить произошедшие в эксперименте изменения, в ряде случаев самостоятельное выполнение практической работы небезопасно для здоровья студентов

Обучение педиатрии по факультетскому типу раньше проводилось на третьем и четвертом курсе, сейчас – на четвертом, а экзамен сдается на пятом курсе вместе с эндокринологией.

Цель исследования. Изучить симуляционные обучающие технологии дидактических типов преподавания педиатрии в медицинском вузе.

Методы исследования. Методологическую основу факультетской и госпитальной педиатрии составляют четкая внутридисциплинарная интеграция и дифференциация процессов обучения в медицинском вузе.

Результаты исследования. Сущность интерактивных методов состоит в том, что обучение происходит во взаимодействии всех студентов и преподавателя. Задачами этого метода является пробуждение у студентов интереса к обучению, эффективное усвоение учебного материала. Задачами интерактивного метода является также самостоятельный поиск путей и вариантов решения (выбор одного из предложенных вариантов или нахождение собственного варианта), обучение работе в команде, формирование собственного мнения. Самыми распространенными являются такие интерактивные формы, как круглый стол (дискуссия, дебаты), мозговой штурм (брейнсторм, мозговая атака), case-study (анализ конкретных ситуаций, ситуационный анализ), мастер-классы, работа в малых группах, обучающие игры (ролевые, имитационные, деловые, образовательные и др.).

Интерактивные методы преподавания не только позволяют проявиться способностям каждого студента, но и активно способствуют их формированию и совершенствованию. Они дают возможность создать ситуацию, в которой бы они самостоятельно открывали и конструировали знания.

Ценность такого сформированного умения в процессе овладения будущей профессией не вызывает сомнения. На основании проведенного нами анализа рассматриваемой ситуации, можно сделать вывод о том, что дидактическая проблема еще недостаточно разработана. В связи с этим, в структуру деятельности усвоения дифференциально-диагностического поиска следует включить объект и предмет познания, способ познавательной деятельности, уровень и объем формируемых знаний и их связей, ход и уровни дифференциально-диагностического поиска.

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.

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ НА ПРИМЕРЕ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ АГМИ

Кадиров Х.С.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Для влияния симуляционного обучения на качество освоения практических навыков сравним традиционное обучение и симуляционное обучение. Преимуществами первого являются следующие: опыт взаимодействия с разными пациентами; возможность наблюдать действия профессионалов; развитие клинического мышления; подготовка к самостоятельной деятельности.

Но оно также имеет и свои недостатки: не у всех студентов есть возможность самостоятельно выполнить действие; в процессе обучения велика вероятность ошибки; нарушение права пациента на качественное оказание помощи; не всегда существует возможность педагогического контроля степени достижения компетентности (выполнения действий с его обоснованием).

Целью обучения слушателей является совершенствование уже имеющихся профессиональных компетенций и приобретение новых теоретических и практических навыков при оказании медицинской помощи новорожденным, детям и подросткам.

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 «Педиатрическое дело».

Результаты исследования. Обучение осуществляется по однотипным разделам: базовое тестирование и анкетирование обучающихся; лекционный курс лекций и семинаров; отработка практических навыков на манекенах различного уровня сложности как индивидуально, так и в командном взаимодействии; разыгрывание сценариев, решение задач с моделированием реальных клинических ситуаций с оказанием экстренной медицинской помощи детям и новорожденным разного срока гестации; проведение дебрифинга с просмотром видеозаписей и подробным разбором ошибок.

На нашей кафедре в течение последних 5 лет на занятиях по освоению практических навыков в педиатрии и неонатологии используются манекен головы младенца с возможностью интубации трахеи, проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и др., манекены новорожденного ребенка и подростка.

Применение за последние три года животной (биологической) модели - тушки кролика, реже – курицы, для выполнения практических навыков, манипуляций имеет отличный результат. Несмотря на то, что данная технология симуляции – использование животной модели - относится к категории «примитивной», как и использование простых манекенов, тренажеров и др., она имеет высоко достоверные результаты по ощущениям, осязанию тканей животного (мышечная, костная), по точности определения анатомических ориентиров.

На модели животного – тушке кролика оттачиваются следующие практические навыки и манипуляции: выполнение люмбальной пункции, пункции и дренирования плевральной полости, пункции перикарда, катетеризации пупочных сосудов (имитация), наложение швов: «Z»- образного, кисетного, техника измерения центрального венозного давления (ЦВД) и др. Для обучающихся разработана анкета с 5-ти бальной оценкой тактильных ощущений при проведении различных манипуляций на мягких тканях, костных структурах тушке кролика, приближенности анатомических ориентиров, с выявлением трудностей при выполнении практических навыков на модели животного. По данным анкетирования, в которое вошли 130 анкет, 112 респондентов (86,1%) оценили работу на модели животного на 4-5 баллов.

Вывод. Таким образом, методика симуляционного обучения является наиболее эффективной в подготовке специалиста к практической работе и в современном мире является единственной инновационной педагогической технологией, которая способна уменьшить количество ошибок и повысить качество подготовки и переподготовки медицинских работников.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО НАПРВЛЕНИЮ ПЕДИАТРИИ

Кадиров Х.С.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время во многих медицинских вузах внедряется обучение, основанное на применении симуляционных технологий. Вопрос обучения медицинских работников высокой квалификации является очень актуальным. В этой связи внедрение симуляционных технологий в обучении интернов и клинических ординаторов рассматривается как необходимость в осуществлении учебного процесса.

Подготовка молодых специалистов сопряжена со многими трудностями. Пациент зачастую отрицательно реагирует на контакт со студентом, так как выполнение отдельных манипуляций сопряжено с определенным риском. Известно, что менталитет «европейского пациента» только к 5-6 курсу позволяет студенту что-либо делать своими руками.

Цель исследования. В связи с этим, к образовательным стандартам подготовки и переподготовки врача общей практики предъявляются всё более высокие требования, а от медицинских образовательных учреждений требуется усиление практической подготовки обучающихся при сохранении высокого уровня теоретических знаний. С этой целью все более часто в медицинских образовательных учреждениях применяются симуляционные технологии.

Методы исследования. При подготовке и переподготовке врача общей практики в

АГМИ используются многие из симуляционных технологий разного уровня реалистичности: визуальные - это классические учебники, учебные пособия, электронные учебники, обучающие компьютерные игры. Тактильные: тренажеры, реалистичные фантомы органов, манекены для сердечно-лёгочной реанимации и другие, с помощью которых идет выработка практического навыка. Реактивные: манекены низшего класса реалистичности, применяемые для оценки действий обучаемого и воспроизведения моторики базового навыка. Автоматизированные: видеооборудование и манекены среднего класса реалистичности.

Результаты исследования. Переподготовка врачей-терапевтов или врачей-педиатров по специальности «врач общей практики» не снижает актуальность проблемы. В связи со спецификой будущей работы особой востребованностью при обучении в лаборатории практического обучения у врачей общей практики пользуются следующие симуляционные технологии: «Первичный и вторичный туалет новорожденного», «Искусственная вентиляция легких», «Непрямой массаж сердца», «Удаление инородного тела при аспирации», «Техника внутривенных манипуляций» и другие. Особенно важен и тот факт, что в процессе работы на тренажерах и реалистичных фантомах органов у обучаемого имеется возможность выявить ошибки и обсудить их с преподавателем, следовательно, достичь более высокой компетентности и безопасности ещё до применения процедуры у постели ребенка. Несомненно, что применяемые симуляционные технологии позволяют решать важные этические проблемы по безопасности пациента. В нашем институте навыки клинической работы по педиатрии студенты – будущие врачи общей практики свои первые практические навыки приобретают в лаборатории практического обучения, оснащенной тренажерами и компьютеризированными манекенами, позволяющими моделировать определенные клинические ситуации. Приобретение студентами практических навыков клинической работы по педиатрии в лаборатории практического обучения, до применения их на реальных пациентах, является правилом при подготовке врача общей практики.

Получивший устойчивый практический навык студент или врач общей практики в процессе работы на манекене, более уверенно и грамотно реализует его на пациентах. Таким образом, владение врачом общей практики современными компетентностными и практикоориентированными лечебными технологиями, позволит обеспечить качество жизни пациентов после проведенного лечения, что повысит уровень здравоохранения в целом, а также демографический потенциал государства.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования психоэмоционального уровня студентов при прохождении стандартного имитационного модуля диктуют необходимость дальнейшего изучения данной проблемы. Несмотря на чувство эмоционального напряжения, явлений дезадаптации при работе с виртуальным тренажером, студенты предпочитают видеть результаты своих манипуляций.

Наибольшая ценность данного метода обучения состоит в создании безопасной и надежной образовательной среды для обучения практическим навыкам и умениям. Симуляционные технологии в медицине являются новым форматом обучения с активным практическим акцентом, эффективно формирующим опыт практической деятельности будущих врачей через погружение в реальность практического здравоохранения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Камилджанова Г.И. Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ощущение боли известно каждому человеку. Она является сигналом тревоги, который свидетельствует о появлении заболевания и позволяет организму мобилизовать все защитные силы для предотвращения развития нежелательных патологических нарушений. Однако боль не всегда выполняет физиологические функции и при определенных условиях может трансформироваться в хронический болевой синдром.

В клинике внутренних болезней, как известно, нередки случаи, когда ведущим проявлением заболевания является хроническая изнуряющая боль, а в литературе встречается даже термин «боль-болезнь»

Цель исследования. Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения хронических тазовых болей на основе использования натуротерапевтических и нейрорефлекторных методов лечения.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали 70 пациентов с хроническими тазовыми болями в гинекологической практике.

Результаты исследования. У пациенток с хроническими тазовыми болями имеются достоверные изменения психологического статуса с преобладанием в личностной характеристике фобических, депрессивных, ипохондрических и сексуальных расстройств.

Хронический болевой синдром малого таза у пациенток сопровождается нарушением кровотока в маточных артериях в виде снижения конечной диастолической скорости кровотока в среднем в 2 раза ($p<0,01$) и увеличения уголнезависимых показателей (ПИ на 80%, СДО в 2 раза) в бассейне маточных артерий в сравнении со здоровыми женщинами.

Состояние гемостаза у данного контингента больных характеризовалось увеличением индекса тромбоцитарной активности до, 118+3,1%, АПТВ до 22,3+1,2 с и появлением ПДФ у 30% пациенток, что указывает на наличие системных хронических гемостазиологических нарушений.

Комплексная терапия с использованием ТЭС и гирудотерапии ликвидирует хронический болевой синдром у 86,9% пациенток, снижает частоту рецидивов до 8,7% и способствует нормализации психоэмоционального статуса пациенток.

Комбинация ТЭС и гирудотерапии способствует восстановлению гемодинамики малого таза в виде увеличения в 2 раза конечной диастолической скорости кровотока в маточной артерии и снижению уголнезависимых индексов ($p<0.05$), что достоверно отличается от аналогичных показателей группы сравнения.

Включение в комплексное лечение больных с хроническими тазовыми болями гирудотерапии позволяет нормализовать показатели гемостаза в виде снижения индекса тромбоцитарной активности на 32% и ликвидации токсических продуктов деградации фибрина и фибриногена.

Усовершенствованная комплексная терапия хронических тазовых болей у женщин на фоне ХВЗОМТ приводит к улучшению качества жизни пациенток по всем показателям: после лечения частота низкого уровня качества жизни сохранялась лишь у 19% женщин, в то время, как при использовании традиционных методов терапии она составляла 42%.

Вывод. Практическая значимость работы заключается в усовершенствовании способа терапии хронических тазовых болей на основе сочетанного использования ТЭС и гирудотерапии, что позволило устранить болевой синдром и способствовать повышению качества жизни у 86,9% пролеченных пациенток.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: уточнить показания и эффективность применения миниинвазивных хирургических методов лечения травматических внутричерепных гематом у детей. В связи с ростом числа травматизма увеличилась количество черепно мозговых травм среди детей.

В настоящее время доказано, что наиболее оптимальной схемой оказания помощи больным с черепно-мозговой травмой является соевременная помощь на месте проишествия и во время транспортировки, максимально быстрая доставка в специализированные стационары. По данным литературы от 5 до 23 % всех больных с черепно-мозговыми травмами имеются внутричерепные гематомы. При оказании помощи в таких случаях наиболее значимыми являются быстрая и своевременная диагностика травмы центральной нервной системы и патологических синдромов, респираторная поддержка, коррекция нарушения гемодинамики, ликвидация отека головного мозга.

Материал и методы обследования: Обследовано 48 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2х др 18 лет за 2017-2020 гг. Средний возраст составил 12 лет. средний балл по шкале Глазго 12 баллов.

Результаты: По данным МСКТ у ребенка 36(75%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 12 (25 %) субдуральные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения были давность травмы, уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 56 (82%) больных методом наложения расширенного фрезевого отверстия, у 12(18%) больных произведено удаление эпидуральных гематом через множественные фрезевые отверстия. При эпидуральных гематомах объем которых не превышал 15мл применялся метод удаления гематом через расширенное фрезевое отверстие, у остальнх использовался метод удаление эпидуральных гематом через множественные фрезевые отверстия. Субдуральные гематомы проявляющиеся без неврологического дефицита удалялись через фрезевые отверстия Максимальный объем ВЧГ с благоприятным исходом у детей был 15 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 12 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не повышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь.

Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило улучшить исходы лечения, снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Выводы: Для определения тактики лечения внутричерепных гематом с применением миниинвазивных хирургических методов лечения травматических внутричерепных гематом у детей следует учитывать динамику

сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его локализацию, сдавление базальных цистерн и смешение срединных структур головного мозга.

Применение миниинвазивных операций позволяет улучшить результаты лечения этой категории пострадавших и сократить сроки пребывания больных в стационаре. Данная категория больных в последующем не нуждаются в пластике дефекта черепа и повторных операциях.

БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ГИПОКСИК ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Каримов Б.Б.
АДТИ неврология, болалар неврологияси ассистенти

Долзарблиги. неврологик касалликларнинг келиб чиқишида, эрта ёшдаги болаларда перинатал паталогиялар барча эътиологик факторларнинг кўп қисмини ташкил қилади, айниқса хомила гипоксияси. Ундан ташқари охирги йилларда чала туғилган чақалоқлар сони ўсиб бормоқда, гипоксия болалар ўлимининг 10-15 марта кўп учрашининг сабабидир. Бунинг ёмон таъсири хомиладорлик вақтида ва туғруқ жараёнида намоён бўлади. Бу вақтда юзага келадиган оксигенатсиянинг ва хомила мияси метоболизмининг ўзгаришлари хомила фаолиятининг структур, биохимик ва функсионал бузилишларига олиб келади. Айниқса гематоэнсефалик барер (ГЭБ) кислород танқислигига сезгир, бош мия қоринчалари қон-томир чигаллари (БМҚҚТЧ) марказий ўрин эгаллайди.

Тадқиқот мақсади. Болаларда бош мия гипоксик ўзгаришлари хавф омиллари ва частотасини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот учун бош мия гипоксик ўзгаришлари билан ташхисланган беморлардан 100 нафар танлаб олинди. Беморлар 100 нафарни ташкил этиб, улардан 67 нафари ўғил болалар бўлиб, қолган 33 нафар қисмини қиз болалар. Беморлар 2 гурухга ажратилади. Асосий гурух чала туғилган болалар назорат гурухи етук туғилган болалар. Хар бир бемордан клиник анамнестик, нейросонография маълумотлари олинади ва тахлил қилинади.

Натижалар. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, беморларнинг 56 нафарида бош мия гипоксик ишемик ўзгаришлари аниқланди ва уларнинг 18 нафари қиз бола, 38 нафари ўғил болалар. 17 холатда оналар хомиладорлик вақтида инфекцион касалликлар билан, 11 холатда анемиянинг оғир даражаси билан хасталанишган. Улар асосан етук туғилган беморлар бўлиб аксари қисми 3 ойликкача бўлган болалар хисобланади.

Хулоса. Беморларда бош мия гипоксик шикастланиш холатлари 56 % учрайди ва бу жараён клиникаси бола хаётининг датлабки триместрида белгалари намоён бўлади. Бундай беморларнинг 30 % хомиладорликдаги ўтказилган инфекцион касалликлар, 20 % оғир анемик холатлар билан боғлиқ. Ушбу касалликларни хомиладорлик давридаги профилактикаси юқоридаги каби асоратларни олдини олиш ва шу қатори боланинг биологик ва социал адаптациясини яхшилашга ёрдам беради.

БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ГИПОКСИК ИШЕМИК ЎЗГАРИШЛАРИДА ТАЛВАСА СИНДРОМИНИНГ АСОРАТЛАНИШИ

Каримов Б.Б., Каримова Н.З.
Неврология, болалар неврологиясикафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти м

Долзарблиги. Болаликдан ногирон булиб қолишда тахминан 50 % холларда нерв системасининг зарарланишига тўғри келади, ушбу касалликлар болаларнинг ногиронлигига ва дезадаптациясига олиб келади ва бунга 70-80 % холларда перинатал омиллар сабаб булади. Шундай қилиб ногиронлиги бор болаларнинг 35-40 % қисмида ногиронлик нерв системасининг перинатал зарарланиши хисобига келиб чикади. Шу билан бирга болаларни ногиронликка олиб келмадиган аммо уларнинг биологик ва ижтимоий жихатдан мослаша олмасликларини хам нерв ситемасининг перинатал зарарланиши билан боғлаш мумкин.

Тадқиқот мақсади. Болаларда бош мия гипоксик ишемик ўзгаришлар натижасида талваса синдромининг асоратланиш частотасини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот учун бош мия гипоксик ишемик ўзгаришлари билан ташхисланган беморлардан 100 нафар танлаб олинди. Беморлар 100 нафарни ташкил этиб, улардан 67 нафари ўғил болалар бўлиб, қолган 33 нафар қисмини қиз болалар ташкил этади. Текширувлар бир неча босқичда олиб борилади. Дастлаб олинган беморлар икки гурухга ожратиб олинади: 1-гурух асосий гурух хисобланиб чала туғилган болалар ташкил этади, 2- гурух эса назорат гурухи хисобланиб унда этук болалар билан иш олиб борилади. Хар бир бемор учун ахолида анкета ёзилади. Анкетада керакли анамнестик

маълумотлар ёзилади. Беморларни нейросонография ва электроэнцефалография текширув натижалари йиғилади.

Натижалар. Текширув натижалари шуни кўрсатдики, беморларнинг 15 нафарида талваса синдироми кузатилган ва доимий равишда бу касаллик билан даволаниб келмоқда. Умумий қизларнинг 6 % қисмида, ўғил болаларнинг эса 19 % қисмида асоратланган. 33 % холларда онанинг хомиладорлик пайтида оғир анемия билан хасталанган, яна 33 % холаиларда хомиладорликда инфекцион касалликлар билан касалланиш аниқланди.

Хулоса. Беморларда талваса синдроми учраши асосан ўғил болаларда учраб, бу холат онанинг хомиладорлик вақтида инфекцион касалликлари ва оғир анемик холатлар билан боғлиқ. Бундай касалликларни хомиладорлик давридаги профилактикаси нафақат талваса синдроми балки бошқа асоратларнинг олдини олишга ёрдам беради.

ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ (ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Каримов Д.К.
Кафедра детской хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Традиционные методы диагностики (осмотр, пальпация, лабораторная диагностика) в ряде случаев оказываются недостаточно информативными для установления точного диагноза. Современные методы инструментальной диагностики органов мошонки ограничены в обследовании детей из-за ряда их отрицательных сторон.

Применение ультразвукового метода позволяет получить исчерпывающую информацию о характере патологических изменений органов мошонки.

Вместе с тем, в работах, посвященных применению ультразвукового метода в исследовании органов мошонки, рассматриваются лишь отдельные вопросы диагностики некоторых нозологических единиц у взрослых больных.

До настоящего времени не разработаны эхографические критерии диагностики острых заболеваний яичка у детей, требует уточнения принятая хирургическая тактика, нет данных по динамическому наблюдению в послеоперационном периоде.

Таким образом, представляет интерес изучение вопросов ультразвуковой диагностики острых заболеваний яичка и разработка дифференцированного подхода к лечению детей с данной нозологией.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и улучшить результаты лечения острых заболеваний яичка у детей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания мы отобрали 150 детей, перенесших операцию на яичках из анамнеза.

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 скопление жидкости с дисперсной взвесью; при ЦДК - снижение или отсутствие кровотока в проекции яичка при одновременном усилении в оболочках яичка; спиралевидная деформация семенного канатика, подтверждающаяся прерыванием кровотока при ЦДК 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 ЦДК; прерывистость контуров яичка.

По данным клинико-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 методов эхографической диагностики острых заболеваний яичка у детей. Разработанные лечебно-диагностические алгоритмы позволили определить тактику ведения больных, повысить эффективность диагностики острых заболеваний яичка у детей, сократить количество хирургических вмешательств в основной группе

наблюдения до 57,5%, уменьшить количество послеоперационных осложнений и повысить эффективность лечения острых заболеваний яичка у детей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Каримов Д.К.
Кафедра детской хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема острых заболеваний яичек у детей является одной из самых актуальных в детской хирургии, составляющая до 20% от всей ургентной патологии детского возраста. Наличие синдрома «отечно - гиперемированной мошонки» значительно затрудняет дифференцацию между различными острыми патологиями яичка.

Вместе с тем внедрение в клиническую практику ультразвукового и допплеровского исследования дало возможность установить точный нозологический диагноз, не прибегая к эксплоративной операции.

Воспроизводство населения является проблемой государственной важности. По последним данным, примерно шестой брак бесплоден.Сравнительная оценка показателей мужского репродуктивного здоровья обнаруживает его постоянное ухудшение в течение последних лет

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острых заболеваний яичка у детей.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания мы отобрали 150 детей, перенесших операцию на яичках из анамнеза.

Результаты исследования. Локальные симптомы острых заболеваний яичка детского возраста в начальный период болезни обладают высокой чувствительностью (до 100%), которая значительно снижается (до 4% для симптома горизонтального положения яичка) после присоединения вторичных воспалительных изменений со стороны слоев мошонки.

Ультразвуковыми диагностическими критериями перекрута яичка при УЗДГ являются: увеличение размеров и неоднородность структуры яичка в совокупности с резким снижением (вплоть до отсутствия) или 2-4-хкратное увеличение внутриорганного кровотока.

Ультразвуковыми диагностическими критериями перекрута гидатиды при УЗДГ являются: значительное (>20%) увеличение и неоднородность придатка в совокупности с увеличением ЛСК до 10% от нормы.

Ультразвуковыми диагностическими критериями острого эпидидимита при УЗДГ являются: умеренное увеличение и гомогенность придатка в сочетании с умеренным увеличением ЛСК (до 10%).

Ультразвуковыми диагностическими критериями острого орхита являются увеличение размеров и неоднородность структуры яичка в совокупности с увеличением ЛСК до 10% от нормы.

Чувствительность и специфичность ультразвуковых симптомов при острых заболеваниях яичка детского возраста (66,6%-100%) не зависит от стадии заболеваний и при позднем обращении значительно превосходит чувствительность и специфичность клинических признаков (4-38%).

Перекрут яичка в детском возрасте сопровождается первичным иммунным ответом с образованием антиспермальных антител (до 11,18=ь 13 n/ml). Проведение оперативного пособия не предотвращает развитие аутоиммунизации при завороте яичка. Однако, аутоиммунный процесс при острых заболеваниях яичка у детей в аутоиммунный орхит трансформируется крайне редко.

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 обезболевания и улучшения кровообращения в пораженном яичке и дальнейшую реабилитацию больных.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Каримова А.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. Результаты исследования показывают, что новорожденные дети имеют более высокие показатели

активности облигатной аэробной микрофлоры, более низкие показатели активности анаэробных процессов и более высокий уровень суммы кислот в кале.

К концу первого года жизни метаболическая активность аэробной облигатной флоры снижается при тенденции к увеличению анаэробных процессов. Показано влияние на микробиоту кишечника острых респираторных вирусных инфекций у матерей во время беременности, вида родоразрешения, характера вскармливания, применения антибактериальной терапии у детей на первом году жизни.

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. Уровень уксусной кислоты (С2) в кале в целом у всех детей составил 0,794 ± 0,01 мг/г: в I группе - 0,839 ± 0,034 мг/г, во II группе - 0,779 ± 0,012 мг/г. Максимальное значение отмечалось в 3–6 мес. - 0,823 ± 0,028 мг/г. Выявлены различия в содержании С2 в кале между новорожденными и детьми 6–12 мес. (p 0,02), между детьми 3–6 и 6–12 мес. (p 0,04). Пропионовая (С3) и масляная (С4) кислоты у всех детей составили 0,126 ± 0,01 и 0,079 ± 0,01 мг/г соответственно.

Наибольший уровень С3 отмечен в 6–12 мес. , наименьшие значения - у детей от 3 до 6 мес. Найдена положительная связь между уровнем С3 и возрастом ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Содержание С4 в кале у новорожденных составило 0,046 ± 0,023 мг/г, у детей 1–12 мес.- 0,091 ± 0,01 мг/г (p 0,02); максимальное значение С4 - 0,114 ± 0,02 мг/г - отмечалось в 6–12 мес. Выявлена тенденция к увеличению уровня С4 в кале с возрастом. Суммарное содержание кислот в кале составило 6,908 ± 0,67 мг/г: в I группе 10,379 ± 1,87 мг/г, во II группе - 5,764 ± 0,61 мг/г (p 0,02).

Наименьшее суммарное содержание кислот у детей 3–6 мес. (2,285 ± 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 ± 0,04 мг/г, максимальное значение -у детей 6–12 мес., наименьшее - в 3–6 мес.

Выводы. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. Маркер облигатной микрофлоры С2 имеет более высокие значения у новорожденных. Маркер «анаэробизации» - С3 - имеет тенденцию к нарастанию, уровень С4 - достоверное нарастание от периода новорожденности к 1 году жизни.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Каримова А.А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Возможно сочетание данных пороков со следующими аномалиями развития:

- обструкция выводного тракта ЛЖ, клапанный и подклапанный стеноз легочной артерии, атрезия легочной артерии; коарктация аорты, перерыв дуги аорты;

– ДМЖП, ДМПП, ОАП, АВК;

- вторичная обструкция оттока из желудочка с небольшим ДМЖП, атрезией ТрК и ТМС, бульбовентрикулярное отверстие при едином желудочке;

– стеноз и недостаточность атриовентрикулярных клапанов; – частичный или тотальный аномальный дренаж легочных вен;

– отсутствие печеночного сегмента нижней полой вены с соединением ВПВ с непарной или полунепарной веной;

– левая верхняя полая вена, отсутствие безымянной вены, отсутствие правой ВПВ, впадение нижней или верхней полой вены в левое предсердие или коронарной синус; – стеноз или атрезия отверстия коронарного синуса;

– полиспления или аспления.

Цель исследования. Определить особенности электрокардиографии (ЭКГ) и холтеровскогомониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) у детей 1 года жизни с ВПС.

Материалы и методы исследования. Группа наблюдения (n = 61) была разделена на 3 подгруппы по тяжести нарушений гемодинамики (Hoffman J.I.E, 2002 г.). Первая подгруппа (I) включала 20 детей с тяжелыми цианотическими ВПС (синдром гипоплазии правого сердца, транспозиция магистральных сосудов, тотальный аномальный дренаж легочных вен, тетрадафалло, аномалия Эбштейна, двойное отхождение сосудов от правого желудочка, общий артериальный ствол). Во вторую подгруппу (II) - 21 ребенок с тяжелыми ацианотическими ВПС (коарктация аорты, стеноз аортального клапана, атрио-вентрикулярный канал, большой дефект межжелудочковой перегородки); третья подгруппа (III) - 20 детей с ВПС средней и легкой степени тяжести (дефект межпредсердной перегородки, малый дефект

межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток, порок развития трикуспидального клапана, стеноз легочной артерии). Оперативное вмешательство выполнено 34 детям: 16 из I и 18 из II подгруппы. Инструментальное обследование проводилось в 3, 6, 12 месяцев.

Результаты исследования. При тяжелых ВПС, в сравнении с III подгруппой, отмечена большая частота вегетативной дисфункции: брадикардии (39% и 16% соответственно, $p < 0,006$) и синусовой аритмии (37% и 17%, $p < 0,03$). Нарушения сердечной проводимости (НСП) чаще наблюдались при тяжелых ВПС (44% и 13%, $p < 0,001$).

Среди НСП в группе тяжелых ВПС преобладали блокады ножек пучка Гиса (БНПГ), к году встречаясь, по ЭКГ - у 45% детей (13% - в III подгруппе, $p < 0,05$), по ХМ-ЭКГ - у 29% (0% - в III подгруппе, $p < 0,03$). В I подгруппе частота БНПГ по ХМ-ЭКГ увеличилась с 11% в 3 месяца до 38% к 12 месяцам, во II подгруппе - с 11% до 21%; частота атриовентрикулярной блокады - с 0% до 15% и с 12% до 29%.

Выводы. Дети с тяжелыми ВПС на 1 году жизни чаще демонстрировали вегетативную дисфункцию и имели большую частоту НСП, чем дети, имевшие ВПС легкой и средней степени тяжести.

ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каримова Н.А., Ибатова Ш.М.
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Особенности формирования эндокринной системы в антенатальном периоде определяют адаптационные реакции организма в постнатальном периоде жизни, которые могут служить основой патогенеза эндокринных заболеваний взрослого человека, а также могут влиять на характер обменных процессов, выраженность иммунного ответа и продолжительность жизни. Во время беременности формируется особая плацентарная система - щитовидная железа, а регуляция обмена тиреоидных гормонов зависит от состояния фетоплацентарной системы (ФПС). Поэтому течение беременности, рост плода и формирование его собственной гипофизарно-тиреоидной системы зависят от характера взаимоотношений между щитовидной железой и ФПС. В йододефицитном регионе формирование гестоза новорожденных обусловлено патологией щитовидной железы (ЩЖ) матери. Изучение функции гормонов щитовидной железы у новорожденных в связи с этим является актуальной проблемой.

Цель исследования. Оценить влияние заболеваний щитовидной железы матери на формирование патологии новорожденных.

Материалы и методы исследования. У 98 новорожденных были изучены гормоны щитовидной железы. 20 из них составили контрольную группу, родились у здоровых женщин с нормальной беременностью и самостоятельными доношенными родами. Дети от матерей с осложненной беременностью были разделены на 2 группы. В I группу вошли 33 новорожденных, а II группу составили 45 новорожденных.

Результаты исследований. Анализ гормонов щитовидной железы у новорожденных выявил ряд особенностей. Исследования показали, что у детей, рожденных от матерей с осложненной беременностью в первые сутки жизни уровень трийодтиронина (Т3) снижался до 1,14 ± 0,18 нмоль / л, что достоверно было ниже по сравнению со здоровыми новорожденными - 1,67 ± 0,14 нмоль / л ($p <0,05$). Содержание тироксина (Т4) также снизилось до 141,84 ± 1,43 нмоль / л и было достоверно ниже по сравнению со здоровыми новорожденными - 186,47 ± 1,4 нмоль / л ($p <0,05$). Напротив, содержание тироксин-связывающего глобулина (ТТГ) в сыворотке крови новорожденных этой группы превышало данные контрольной группы (14,72 ± 3,70 против 8,93 ± 1,10 нмоль / л). Высокое содержание ТТГ у новорожденных I группы по сравнению с контрольной группой свидетельствует о напряжении гормональной адаптации у новорожденных от матерей с осложненной беременностью.

Более значительные изменения гормонов щитовидной железы были обнаружены у новорожденных от матерей с осложненной беременностью. Концентрация тироксина у этих новорожденных снизилась до 135,14 ± 10,2 нмоль / л и была еще ниже по сравнению не только с контрольной группой 186,47 ± 1,4 нмоль / л ($p <0,05$), но и с новорожденными I группы - 141,84 ± 1,43 нмоль / л. Снижение содержания тироксина и трийодтиронина в первые сутки жизни в сыворотке крови на фоне значительного повышения ТТГ у новорожденных от матерей с осложненной беременностью свидетельствует о значительных изменениях в формировании гормональной адаптации. Более выраженные изменения функции щитовидной железы у новорожденных II группы по сравнению с новорожденными I группы свидетельствуют о неблагоприятном влиянии осложненной беременности на функциональное состояние щитовидной железы новорожденного.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что формирование патологии новорожденных зависит от тяжести заболеваний щитовидной железы у матери. Снижение функциональной активности щитовидной железы на фоне максимального напряжения эндокринной регуляции может привести к нарушению гормональной адаптации новорожденных в первые дни жизни.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касимова Г.З.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Физическое воспитание осуществляется в процессе всей жизнедеятельности ребенка: во время проведения режимных моментов, на всех занятиях, на прогулках. Своеобразие моторики у детей с нарушениями в развитии требует разработки специальных методов и приемов физического воспитания.

Эффективность реабилитации определяется реабилитационным потенциалом ребенка, на который оказывают влияние многие факторы, в том числе наличие и степень выраженности сопутствующих соматических заболеваний и функциональных нарушений. Для своевременной профилактики заболеваний и нарушений необходимо понимать механизмы, лежащие в основе их развития.

Цель исследования. Раскрыть механизмы формирования нарушений соматического здоровья у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья с заболеваниями нервной системы, явившимися исходами перинатального поражения центральной нервной системы.

Материалы и методы исследования. Обследовано 278 детей-инвалидов раннего возраста. Оценивали соматическую заболеваемость, эмоциональный профиль, вариабельность ритма сердца, свободно-радикальное окисление липидов, антиоксидантную активность крови и мочи, уровень мочевины, лактата, гормонов щитовидной железы и гипофизарно-надпочечниковой системы.

Результаты исследования. Дети с ограниченными возможностями здоровья характеризуются более высокой частотой болезней крови ($p = 0,0000$), за счет дефицитной анемии ($p = 0,0000$), эндокринной системы ($p = 0,0010$), за счет гипотрофии ($p = 0,0009$), более частой заболеваемостью острыми респираторными инфекциями ($p = 0,0008$), более высокой интенсивностью СРО липидов ($p = 0,02$), сопровождающейся повышением АОА ($p = 0,01$), более высоким уровнем гормонов щитовидной железы ($p = 0,0000$), более низким уровнем СТГ гипофиза ($p = 0,0000$), большей функциональной активностью системы гипофиз-кора надпочечников (более высокие уровни АКТГ гипофиза ($p = 0,0000$) и кортизола ($p = 0,0000$)), что свидетельствует о наличии аллостатической нагрузки, являющейся одним из механизмов формирования нарушений соматического здоровья у этих детей, и подтверждается полученными корреляционными взаимосвязями соматических заболеваний и отдельных биохимических и функциональных показателей.

Вывод. Одним из механизмов, лежащих в основе нарушений здоровья у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, является аллостатическая нагрузка.

ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касимова Г.З.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анемию и анемический синдром, вызываемый многими причинами, можно упомянуть среди наиболее часто встречающихся патологических состояний, с которыми ежедневно приходится сталкиваться педиатрам общей практики.

В эту группу входят различные заболевания и патологические состояния, характеризующиеся уменьшением содержания гемоглобина и/или эритроцитов в единице объема крови, приводящие к нарушению снабжения тканей кислородом.

Цель исследования. Выявление факторов риска развития и особенности течения ЖДА у детей 1–2 года жизни.

Материалы и методы исследования. Нами проведено клинико-лабораторное исследование 192 детей с ЖДА: I группа - I7 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 ($r = +0,66$, $p < 0,001$); ран

СИНДРОМ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХФАКТОРОВ

Касимова Г.З.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Больные бронхиальной астмой могут описывать бронхиальную ГР как комплекс симптомов - экспираторная одышка, свистящее дыхание. Однако, распространенность её значительно выше, чем самой бронхиальной астмы, поскольку достаточно часто это состояние может оставаться незамеченным в виде скрытого бронхоспазма, клинически ничем не проявляясь.

Гиперреактивность бронхов (ГР), проявляющаяся в чрезмерной бронхоспастической реакции на различные раздражители (резкие запахи, дым, пыль, холодный или влажный воздух, физическая нагрузка и др.), является ведущей характеристикой бронхиальной астмы.

Объективизировать ГР бронхов в этих случаях помогает проведение в лабораторных условиях провокационных тестов с бронхоконстрикторными раздражителями - ацетилхолином (метахолином), обзиданом или гистамином. За наличие ГР бронхов говорит снижение $ОФВ_1$/ЖЕЛ на 20% и более, появление сухих хрипов в легких (при проведении бронхопровокационных тестов).

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 не курящих - в 9,6%.

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.

АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БОЛАЛАР ОРАСИДА ГЕЛМИНТ ПАРАЗИТЛАРНИНГ УЧРАШИ

Касимова Мавжуда Барноевна. Катта ўқитувчи
Тошкент Давлат Стоматология Институти, Ўзбекистон

Дунё бўйича гелминт-паразитлар инфекцияларининг аллергик касалликлари бор бўлган болалар орасида тарқалиши анча юқори: ҳозирги кунда инсонларда паразитлик қилувчи гелминтларнинг 500 га яқин тури дунёда рўйхатга олинган.

Ишнинг мақсади. Бронхиал астмаси (БА) бор бўлган болалар орасида гелминт паразитлар учрашини аниқлаш.

Тадқиқот натижалари. Бизнинг текширувимизда 2 ёшдан 16 ёшгача бўлган 100 нафар бола иштирок этди: - асосий гуруҳ: БА (n=70, ўртача ёши 6.14±0.13) бўлган болалар; - назорат гуруҳи: аллергик касалликларсиз болалар (n=30, ўртача ёши 6.41±0.21). Гелминт паразит инфекцияларнинг максимал аниқланувчанлиги 6-11 ёшгача бўлган болаларда кузатилади, ўғил болаларда нематодозлар устунлик қилади, аскаридоз ўғил ва қиз болаларда бир хил частота билан юзага келади. Шу муносабат билан ўрганилаётган груҳларнинг болаларини жинси, ёши ва яшаш шароити бўйича таққосладик. Текширувдаги асосий гуруҳ беморлар орасида қишлоқ аҳолисига (19 бемор, 44,1%) нисбатан шаҳар аҳолиси (51 бола, 55,9 %) кўпроқ учради. Назорат гуруҳи болаларида ҳам худди шундай тенденция кузатилди – 20 (67%) ва 10 (33%), мос равишда (p=0.52). Бундан ташқари, биз ўрганган болалар орасида энг кўп беморлар ўғил болалардан иборат бўлди: асосий 49 ва назорат гуруҳида 21 (p=0.121). Кузатилган гуруҳлардаги беморларни ёшга қараб таққослашда статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланмади. Асосий гуруҳдаги 61 та беморда бошқа аллергик касалликлар (масалан аллергик ринит, овқат аллергияси, атопик дерматит) борлиги аниқланган бўлиб, бу 67,0% ни ташкил этди. Улар орасида аллергик ринит энг кўп рўйхатга

олинган – 53 бемор (19.6%), камроқ атопик дерматит – 17 (11.4%). Паразитологик текширув натижаларига кўра, кузатувдаги БАли болалар орасида 66 кишида паразитар инвазия аниқланиб, бу 36,2% ни ташкил **этди.** Назорат гуруҳи беморлар орасида гелминтиаз ва гиардиаз фақат 4 болаларда (13.3%), (p=0.000001) ташхис қўйилди. Шундай қилиб, тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, паразитлар частотаси аллергик патологиясиз болалар билан таққослаганда БА бор беморлар орасида 2,7 баробар юқори эканлиги аниқланди. Паразитларнинг энг кўп клиник белгилари: аллергик синдром (75.6%); диспептик (44.7%) ва қорин оғриғи синдроми (35.6%); астеноневротик синдром (21.4%); ошқозон-ичак тракти ва гепатобилар тизими зарарланишининг синдромлари: жигар ва ошқозон ости безидаги реактив ўзгаришлар (38.9%), билиар дискинезия (30.7%), диспротеинемия (6.2%), қон танқислиги синдроми (18.0%), қондаги эозинофилия (59.9%) ташкил этди. БА билан хасталанган беморларда паразитлар ичида энг кўп лямблиоз – 54%, камроқ аскаридоз-38%, описторхоз -6,1% ва токсокароз 1,0% аниқланди. Шулар ичидан 9 нафар беморда (7,1%) паразитар касалликларнинг биргаликда келиши аниқланди.

Хулосалар. Шундай қилиб, гелминт паразитлар аллергик касалликлар патогенезида асосий рол ўйнайди деб тахмин қилиш мумкин.

СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ КОРСЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Шоматов Х.Ш.,
Байимбетов Г.Дж., Эдилов У.А., Ни Г.В.
ГУ Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии г.Ташкент

Введение. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) это генетически детерминированная аномалия развития грудино-рёберного комплекса, возникающая в результате дисбаланса роста рёберных хрящей [1,2,4]. В зависимости от вовчлечённых рёбер проявляется симметричным либо асимметричным видом. Исключением являются случаи возникновения КДГК после каких либо торакальных операций. Существует мнение, что КДГК возникает в результате нарушения образования гиалинового хряща и неравномерного роста рёбер, что приводит к «выталкиванию» грудины кпереди. КДГК в большинстве случаев несёт лишь косметический дефект, отклонения со стороны кардиореспираторной системы на начальных стадиях зачастую отсутствуют. По мере прогрессирования деформации в виду изменения конфигурации грудной клетки высока вероятность появления функциональных отклонений со стороны органов грудной полости плавно переходящих в стойкие органические изменения. Так же следует не забывать и о психотравмирующей составляющей данной аномалии [3,4]. В запущенных случаях деформация становится выраженной и становится невозможным её скрыть. Вследствие этого пациенты становятся закомплексованными чувствуя свою ущербность. Однозначно можно утверждать одно, что возникшая деформация требует коррекции и на данном этапе возникает вопрос выбора тактики лечения подобных пациентов.

Учёные разделилась на два лагеря, первые считают единственно верным методом лечения хирургический, вторая группа считает эффективным консервативную коррекцию КДГК.

На наш взгляд консервативная терапия достаточно эффективна при раннем выявлении и лечении КДГК. Так авторы Sjoerd A. de Beer, Martin Gritter и др. из Центра Детской Хирургии Амстердама (Нидерланды) (Pediatric Surgical Center of Amsterdam) приводят примеры собственного опыта консервативного лечения КДГК основанный на данных лечения 286 пациентов (260 мальчиков и 26 девочек). [4].

Цель исследования: улучшение результатов консервативной коррекции КДГК путём контроля показателей аэродинамики лёгких в период корсетотерапии.

Материалы и методы: В клинике РСНПМЦТО за период с 2018 по 2020 гг. с разного формами КДГК консервативно пролечено 82 пациента. Из них мальчиков 76, девочек 6. Наибольшую группу составили пациенты в возрасте от 8 до 14 лет. В 24 случаях произведена спирометрия аппаратом BTL Spyrometry (Великобритания). Во всех случаях спирометрия произведена до и во время ношения корсета на сроке 1 месяц. Основными показателями спирометрии являются: Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ, SVC), которая в норме должна быть выше 85% от вмего объёма лёгких. Вторым немаловажным показателем является Форсированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ, FVC) которая в норме должна превышать 80%. Данный показатель это, объём воздуха, выдыхаемый при максимально быстром и сильном выдохе. Так же существуют второстепенные, но не менее важные показатели такие как: Объём форсированного выдоха 1сек. (ОФВ 1, FEV 1) – объём воздуха выдыхаемый в первую секунду выдоха при его максимальном форсировании. Пиковая скорость выдоха (ПОС, PEF) - пиковая объёмная скорость выдоха, максимальный поток, достигаемый в процессе выдоха. Индекс Тиффно –Отношение ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/FVC), выраженное в процентах является чувствительным индексом наличия или отсутствия ухудшения проходимости дыхательных путей. в норме 75-80 %.

Данные спирометрического исследования пациентов с КДГК в период корсетотерапии показали понижение ЖЕЛ и ФЖЕЛ в пределах 10-15% от исходного состояния, что само по себе не влечёт пагубных последствий и при этом показатели оксигенации не снижались оставаясь в диапазоне 94-99% (пульсоксиметрия).

Во всех случаях получены хорошие результаты как с косметической точки зрения, так и с точки зрения показателей функционального состояния Верхних дыхательных путей.

Заключение:

1. Консервативная коррекция КДГК это первқй этап лечения.
2. Показатели кислородонасқўяемости при корсетотерапи сохраняются в пределах нормқ.
3. Корсетотерапия при КДГК в исключительнқх случаях малоэффективна.

МАРГИНАЛЬНОЕ ПАРОДОНТИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кохоров Мансуржон Кодирович
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель работы. Выявить особенности клинического течения различных форм гингивита и их/ распространенность.

Материали и методы. Для разработки и внедрения программы профилактики стоматологической заболеваемости и уточнения расчетов нормативов потребности в стоматологической лечебно-профилактической помощи крайне необходимы сведения, характеризующие уровень и структуру стоматологических заболеваний среди изучаемых групп населения. Исходя из этого, мы провели стоматологическое обследование среди детей и юношей городского населения Узбекистана, разделенных на возрастные группы, рекомендованных ВОЗ.

Результаты.Уровень гигиенического воспитания детей младшего школьного возраста 6 лет значительно ниже, чем у детей среднего 9-12лет и старшего (12-16лет) возраста, о чем свидетельствуют показатели индекса гигиены (ИГ): 3,2, 2,4 и 1,6 соответственно. Фиксируя данные ИГ отдельно по каждому зубу, был отмечен следующий факт: показатели ИГ на зубах с правой/стороны несколько выше, чем с левой стороны. Этот факт можно объяснить так: основная масса людей правши и поэтому при чистке зубов левая сторона чистится лучше, чем правая. Средние значения индекса папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) составили: в возрасте 6-9 лет 11%, 9-12 лет 17%, 12-6 лет 24%. 40% обследованных отметили периодически возникающую кровоточивость десен.Выявлены высокие показатели распространенности зубочелюстных аномалий: аномалии окклюзии – 58%, нарушения зубных рядов – 25,3%, аномалии отдельных зубов – 8,4%.

Влияние неблагоприятных общих и местных факторов привело к высокой распространенности кариеса у обследованных школьников (92%) и патологии пародонта (19% младшая школьная группа, 46,1% средняя школьная группа и 68% у старших школьников). Установлено, что при общесоматических заболеваниях интенсивность заболеваний пародонта более выражена по сравнению со здоровыми и практически здоровыми детьми. Основная выявленная патология тканей пародонта катаральный гингивит. Однако, про сочетании общих и местных факторов риска развития, тяжесть течения воспалительного процесса заметно увеличивается и чаще встречаются тяжелые формы заболевания.

Выводы.

1.На основании всего вышесказанного можно сделать вывод что распространенность заболеваний пародонта среди детей и подростков очень высока. Самым распространенным заболеванием является катаральный гингивит.

2.Самыми частыми причинами гингивита являются неудовлетворительное состояние гигиены полости рта у детей, невнимательное отношение родителей к гигиеническому воспитания ребёнка, наличие зубо-челюстных аномалий, а также наличие отягощенного общесоматического статуса, а также сочетание общих и местных факторов развития воспалительных заболеаний маргинального пародонта.

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 стато-моторном, психоэмоциональном 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, допплерометрии, 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 (E/A 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 кардиоцеребральной дизадаптации в неонатальном периоде, способный повысить качество медицинской помощи детям группы риска и оптимизировать отдаленные периоды развития ребенка.

СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ

Кузиев Д.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В наши дни особенно актуальна проблема инвалидности. Экологические катастрофы, войны, криминогенная обстановка, отягощенная наследственность, заболевания, травмы увеличивают число инвалидов из года в год.

Проблема создания условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, успешного лечения и последующей коррекции, психолого-педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации людей с существенными отклонениями в состоянии здоровья является значимой для общества.

У слепых и слабовидящих детей существенно снижается двигательная активность, что отрицательно сказывается на формировании двигательного анализатора, наиболее ущербного в своем развитии вследствие зрительного дефекта. Чем в более раннем возрасте снижается или утрачивается зрение, тем более выражены отклонения в развитии таких детей.

Цель исследования. Оценить эффективность предложенной физической реабилитации у детей с нарушением функции зрения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 150 детей с ограниченными возможностями здоровья, относящиеся к группе функциональных нарушений зрения. Из них слабовидящих было 74 (49,3%) ребенка, 7 (4,6%) детей с органическим поражением зрительного анализатора и 69 (46%) детей, которые не могут использовать зрение в ориентировочной и познавательной деятельности.

Результаты исследования. Учитывая сниженную адаптацию к физическим нагрузкам, мы разработали комплекс специальных упражнений ЛФК с увеличением продолжительности вводной части занятия до 35%. Основная часть занимала 50% времени, заключительная - 15%. Разработанный комплекс был применен у 53 (35%) детей с учетом специфики дефекта зрительного аппарата, возраста, пола и их физической подготовленности.

Вывод. Проведенный комплекс физических упражнений способствовал оптимизации зрительных функций у 75 (50%) детей и помог избежать оперативного вмешательства у 2 (1,3%).

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ - ДЕТСКОМУ ОНКОЛОГУ

Кузиев Д.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, большая часть из них диагностируется на распространенных стадиях. При этом лишь 5,2% пациентов выявляются активно (во время плановых профилактических осмотров).

Цель исследования. Повышение процента пациентов, выявленных на ранних стадиях заболеваний.

Материалы и методы исследования. Разработана анкета-алгоритм определения целесообразности направления участковым педиатром пациента на консультацию к детскому онкологу, состоящая из 20 пунктов с однозначными ответами (да/нет), заполнение которой педиатрами во время диспансеризации при двух и более ответах «да» позволит рекомендовать пациенту консультацию у детского онколога, а при наличии одного положительного ответа - динамическое наблюдение.

Результаты исследования. Во время плановых профилактических осмотров выявляется лишь около 5% пациентов. Однако отмечается положительная динамика: рост на 1,4% за последние пять лет. При этом 76% пациентов выявляются на распространенных стадиях заболеваний, а 24% - на локализованных.

Выводы. Преобладание пациентов, выявленных на распространенных стадиях заболеваний, объясняется низкой «онкологической настороженностью» врачей, участковых педиатров и атипичностью течения онкологических заболеваний у детей, отсутствием специфических симптомов, наличием множества «клинических масок», редкостью злокачественных новообразований в структуре заболеваемости детского населения. Разработанный алгоритм направлен на исключение субъективного фактора при обследовании пациентов.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ КРИЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Кузиева Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации. Мы попытались на основе доказательной медицины представить классификацию АГ у беременных и принципы лекарственной терапии, включая неотложную помощь при гипертоническом кризе.

Цель исследования. Определить распространенность основных факторов риска возникновения осложнений гипертензивные и вегетативные кризы у беременных, в условиях Ферганской долине.

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 гипертензие.

Результаты исследования. Многочисленные исследования показали, что риск развития осложнений беременности, одним из которых является преэклампсия, увеличивается у женщин, которые в предыдущую беременность уже имели преэклампсию; при наличии антифосфолипидного синдрома; сахарного диабета; многоплодной беременности; первой беременности; повышении АД в анамнезе; повышении индекса массы тела на начало беременности или в анамнезе; при возрасте матери старше 40 лет; преэклампсии у родственников (мать, сестры).

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 Basso et al. 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.

Ожирение является серьезной проблемой для женщин в период беременности и родов. Около 34% беременных женщин имеют индекс массы тел (кг/м²) более 25, хотя последние данные указывают на то, количество женщин с избыточным весом приближается к 50%. Существуют хорошо известные риски, связанные с ожирением во время беременности. Материнские осложнения включают в себя повышенный риск развития гипертонии, преэклампсии, гестационного диабета, инфекционных осложнений. Даже умеренный избыточный вес является фактором риска гестационного диабета и гипертонических расстройств во время беременности. Женщины, которые имеют избыточный вес или страдают ожирением, чаще требуют индукции родов и имеют высокий процент оперативного родоразрешения. Низкие оценки по шкале Апгар, макросомия, дефекты нервной трубки чаще у встречаются у детей, матери которых страдают ожирением, чем у детей, матери которых имеют нормальный индекс массы тела. Материнское ожирение увеличивает перинатальную смертность.

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.

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.

Однако риск тератогенного и эмбриотоксического действия лекарств не следует преувеличивать, так как отказ от их обоснованного применения может нанести вред здоровью не только матери, но и ее будущего ребенка.

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ

Кузиева Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипертензивные расстройства во время беременности встречаются с частотой около 10% беременностей; частота преэклампсии составляет 2-8%. Ежегодно во всем мире более 50000 женщин погибает в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ.

В развитых странах в 12- 18% они являются второй непосредственной причиной анте- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность в 20-25% случаях.

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.

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 первобере-менных. 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).

Оценивались сила тонического, максимального, волевого сокращений и их продолжительность. Оценка степени недостаточности силы сокращений проводилась по классификации, где нормальной силой

тонического сокращения считали более 15,00 гс, максимального - более 70,00 гс, волевого - более 55,00 гс, нормальной продолжительностью - более 5 с. Как недостаточность первой степени квалифицировали силу тонического сокращения от 14,00 до 10,00 гс, максимального - от 69,00 до 50,00 гс, волевого - от 54,00 до 40,00 гс, продолжительность от 4,00 до 2,00 с. Как недостаточность второй степени рассматривали силу тонического сокращения от 9,00 до 6,00 гс, максимального - от 49,00 до 21,00 гс, волевого -от 39,00 до 16,00 гс, продолжительность - от 2,0 до 1,0 с. Недостаточность третьей степени устанавливали при силе тонического сокращения менее 5,0 гс, максимального - менее 20,00 гс, волевого - менее 15,00 гс, продолжительности -менее 1 с.

Возраст женщин в обеих группах колебался от 18 до 36 лет, составляя в среднем 25,6 ± 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 ± 0,61 гс, а максимальная - у женщин контрольной группы с отсутствием факторов риска - с продолжительностью более 6,02 ± 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 ± 0,68 гс, а максимальная способность к волевому сокращению -60,36 ± 0,60 гс - у женщин контрольной группы

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 нарушении у беременных

В последние годы многими исследованиями доказано, что развитие артериальной гипертонии (АГ) у беременных обусловлено влиянием факторов риска. Но до настоящего времени нет убедительных данных о распространенности этих факторов в популяции и не выявлены наиболее значимые из них для прогноза развития данного осложнения беременности.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОЦЕНКА РОДОВ И АНТИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Курбонова Ш.У. Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственнқй медицинский институт

Актуальность. Многоплодная беременность была и остается одной из актуальных проблем акушерства и является предметом научных исследований в ряде стран. Популяционные исследования в экономически развитых странах указывают на корреляцию частоты многоплодной беременности с уровнем рождаемости, при этом отмечен более интенсивный рост темпа многоплодной беременности.

Цель исследования. Разработка мероприятий динамического наблюдения женщин с многоплодной беременностью для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали 70 пациентов с антинаталном исходом и провели на них клинические наблюдения.

Результаты исследования. У женщин с многоплодной беременностью осложнения гестационного процесса наблюдаются в 1,3 раза больше по сравнению с женщинами с одноплодной беременностью (88,2% и 67,8% соответственно). Гестоз развивается в 1,5 раза чаще (54,5%), обострение хронического пиелонефрита в 2 раза (24,1%), многоводие в 1,7 раза (25%), варикозная болезнь в 6,1 раза чаще (16%), чем у женщин с одноплодной беременностью (35,2%, 11,5%, 14,7%, 2,6% соответственно).

У женщин с многоплодной беременностью осложнения в родах развиваются в 2,4 раза чаще по сравнению с одноплодными родами (85,2% и 35,0% соответственно) и у 47,1% роды происходят преждевременно.

Хроническая внутриутробная гипоксия и обвитие пуповины вокруг шеи плода встречаются в 2 раза чаще (29,0% и 14,2% соответственно), слабость родовой деятельности - в 3 раза (40,6% и 14,2% соответственно), гипотоническое кровотечение - в 4 раза (86% и 2,1% соответственно).

Группу риска по развитию осложнений составляют беременные с монохориальным типом плацентации, составляющие 57,3%). При этом типе плацентации угроза прерывания беременности происходит в 1,7 раза чаще (59,5%), многоводие - в 2 раза (23,4%) , преждевременные роды - в 2,2 раза

32,8%), перинатальные потери в 3,7 раза (14,6%), чем при дихориальном (34,2%, 11,4%, 17,1%, 2,8%. соответственно).

У 64,6% женщин с многоплодной беременностью происходят существенные изменения в бассейне маточно-плацентарного круга кровообращения, при этом у каждой третьей (29,6%) при сроке гестации 1820 недель. У каждой второй беременной с многоплодием нарушения выявляются в маточно-плацентарном

кровотоке (58,4%), при этом в 2,8 раза чаще при монохориальном типе плацентации (74,1%), чем дихориальном (25,8%).

При многоплодной беременности нарушение кровотока при анемии развивается в 2,2 раза чаще (94,2%), гестозе в 1,7 раза (76,7%), по сравнению с одноплодной беременностью (41,5% и 45% соответственно). У женщин с многоплодной беременностью при выявленных нарушениях кровотока патологические изменения последов установлены в 87,8% случаев.

Морфологические изменения последов родильниц более выражены по сравнению с последами родильниц с одноплодной беременностью. В монохориальных последах патологические изменения наблюдаются чаще, чем при дихориальных: эксцентрическое прикрепление пуповины в два раза (62,1% и 31,8% соответственно), варикозное расширение вен пуповины в 2,2 раза (62,1% и 27,3% соответственно), отечность ворсин в 3 раза (41,4% и 13,6% соответственно), короткая пуповина в 5,2 раза (24,7% и 4,6% соответственно).

Дифференцированный подход к проведению корригирующей терапии женщинам с многоплодной беременностью с учетом соматической патологии, типа плацентации и локализации гемодинамических расстройств улучшает показатели маточно-плодово-плацентарного кровотока в 77,3% случаев: при сроке гестации 26 - 28 недель в 45,5%, 30-32 недели - в 31,8%. Количество женщин страдающих анемией уменьшается в 2 раза, гестозом в 3,8 раза, угрозой прерывания беременности - в 5,4 раза, многоводием - в 4,3 раза, СЗРП - в 3,3 раза.

Вывод. На основе результатов клинических, функциональных и морфологических исследований разработан алгоритм прогнозирования и ранней диагностики фетоплацентарной недостаточности при многоплодной беременности, а также уточнены факторы риска развития акушерских осложнений и перинатальных потерь.

Обосновано внедрение алгоритма ведения женщин с • многоплодной беременностью для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ МОРФОГЕНЕЗ СЕМЕННИКОВ У ПОТОМСТВА, ПОЛУЧЕННОГО В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОИДИЗМА У МАТЕРИ

Мадаминова Г.И., Турсунметов И.Р., Азизова Ф.Х., Шермухамедов Т.Т., Сабирова Д.Р., Мирзамухамедов О.Х.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. В настоящее время наблюдается неуклонный рост заболеваний щитовидной железы. В исследованиях, направленных на изучение патологии щитовидной железы, особое место занимает гипотиреоз у беременных, так как он является причиной нарушения всех обменных процессов не только в организме матери, но и у ее потомства. Гипотиреоз у матери оказывает патогенное влияние на формирование всех органов и функциональных систем молодого организма. Одной из таких систем является мужская репродуктивная система. Состоянию ее при гипотиреозе уделяется мало внимания, а также практически отсутствуют данные о влиянии гипотиреоза матери на становление и функционирование мужской репродуктивной системы у потомства.

Целью исследования явилось выяснение структурных аспектов морфогенеза семенников у потомства в условиях экспериментального гипотиреоидизма у матери.

Материал и методы. Экспериментальный гипотиреоз у нерожавших самок крыс вызывали путём введения per os мерказолила в дозе 5 мг на 100 г массы тела в течение 21 суток. После установления устойчивого уменьшения гормонов T_4 и T_3, самки оплодотворялись здоровыми самцами. По наступлению беременности самкам вводили поддерживающую дозу мерказолила из расчета 2,5 мг на 100г массы тела. Воздействие мерказолила на организм матери продолжалось вплоть до окончания периода грудного кормления, то есть, до 21 суток после рождения. Контрольная группа самок вместо мерказолила получала стерильный физиологический раствор. Семенники потомства, полученные как от опытных, так и от контрольных самок изучали на 60 сутки после рождения. Использовали морфологические, морфометрические, электронно-микроскопические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Анализ результатов показал, что гипотиреодизм у матери в периоды беременности и лактации оказывает существенное влияние на структурные параметры роста и становления семенников в постнатальном онтогенезе. Эти изменения проявлялись в виде отека и полнокровия интерстициальной ткани, уменьшения количества канальцев, активно продуцирующих сперматозоиды, среднего диаметра извитых семенных канальцев, суммарного содержания сперматогенных клеток, снижения индекса сперматогенеза и увеличения числа извитых семенных канальцев со слущенным эпителием по сравнению с контрольной группой. На фоне отека в некоторых канальцах отмечалось уменьшение числа сперматогенных клеток, главным образом сперматоцитов и сперматид. В просвете некоторых канальцев наблюдалось достоверное снижение или отсутствие сперматозоидов. Электронномикроскопически на фоне деструктивных ультраструктурных изменений сперматогенных

клеток выявлена фагоцитарная активность клеток Сертоли, в большинстве клеток Лейдига обнаружены деструктивные изменения в виде локального лизиса цитоплазмы, набухания и вакуолизации митохондрий, уменьшения количества и электронной плотности гранул.

Заключение. Гипотиреоидизм у матери в периодах беременности и лактации способствует нарушению процесса сперматогенеза и эндокринной функции семенников у потомства, что грозит в половозрелом возрасте возможностью развития эндокринного бесплодия.

КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Мамадалиева М.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В статье представлен обзор литературы последних лет по актуальной мировой проблеме в акушерской и перинатальной практике – железодефицитной анемии у беременных. Данная патология, несмотря на внедрение современных методов диагностики, профилактики и лечения, остается значимой в настоящее время. Установлено, что среди болезней крови у беременных на долю различных форм анемии приходится 90 %, из которых 75–90 % составляет железодефицитная анемия (ЖДА). Другие формы малокровия встречаются не чаще, чем в популяции небеременных женщин.

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).

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.

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.

ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ ВУ БЕРЕМЕННЫХ

Мамаджанова Ш.К.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Так, по данным ВОЗ ежегодно 3-4 миллиона человек инфицируются вирусом гепатита С, более 240 миллионов человек имеют хронические поражения печени, обусловленные вирусом гепатита В.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результат и их обсуждение. Средний возраст беременных составил 25,1±3,72 года. Хронический вирусный гепатит В был диагностирован у 25 обследованных (33,3%), 49 женщин с хроническим вирусным гепатитом С (65,3%) и 1 женщины с вирусными гепатитами В и С (1,3%).

Данные оценки социального статуса выявили неблагополучие в исследуемой группе: безработные, исключая домохозяек, - 10 (13,3%); не замужем, исключая гражданский брак, - 8 (10,7%); большинство пациенток имели вредные привычки: табакокурение в 29 случаях (38,7%), алкогольная зависимость наблюдалась у 4 пациенток (5,3%), наркомания выявлена у 10 (13,3%) пациенток.

При анализе имеющейся экстрагенитальной патологии установлено, что более половины женщин группы (66,7%) в детстве были часто болеющими и перенесли по несколько детских инфекций. Наиболее частыми у взятых нами на учет беременных были диагностированы заболевания сердечно - сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь). Это составило 15,9%. Заболевания органов пищеварения (хронический холецистит, гастрит) составило 13,3%. У 18 женщин (24%) был выявлен гепатит А. При анализе информированности женщин о диагнозе вирусного гепатита В или С до беременности только 19 пациенток (25,3%) из всей исследуемой группы знали о существовании диагноза. Согласно данным ВОЗ в развитых странах лишь у 1/4-1/3 молодых женщин диагноз хронического ВГ устанавливается до беременности.

Данные оценки репродуктивной функции свидетельствовали практически о равном соотношении первородящих и повторнородящих - 45 (60%) и 30 (40%) соответственно. Обращает внимание, что среди первородящих, беременных первый раз было всего 24 пациентки (53,3%), преобладало прерывание беременности путем самопроизвольного выкидыша - 13,7% или проведением медицинского аборта - 26,7%. Гинекологический анамнез отягощен у каждой второй пациентки, наиболее часто встречались: воспалительные заболевания органов малого таза - 18,6% случаев; инфекции, передаваемые половым путем, - 17,2%.

Тестирование на маркеры вирусного гепатита В и С трижды (в каждом триместре беременности) является рутинным методом обследования, позволяющим выявить бессимптомное носительство вируса гепатита, но не исключающим возможности дальнейшего инфицирования.

Вирусные гепатиты В и С оказывают отрицательное влияние на течение беременности как первой, так и второй половины, вызывая угрозу прерывания беременности (13,3%), плацентарную недостаточность (25,3%), умеренную и тяжелую преэклампсию (33,3%). У каждой 3-й беременной (32%) наблюдаются изменения биохимических показателей крови (общего билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы) в сторону увеличения.

Выводы. Парентеральные вирусные гепатиты (ВГ) являются одной из наиболее важных проблем современной гепатологии и инфекционной патологии человека, так как по темпам прироста и масштабу распространенности на земном шаре они значительно превосходят заболеваемости другими инфекциями.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Мамаджанова Ш.К.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В разных странах в структуре материнской смертности ПЭ и ее осложнения ежегодно занимают II-IV место.

Установлено, что за последнее десятилетие материнская летальность в мире при ПЭ снизилась практически двукратно: с 110 тысяч в 1999 году до 60 тысяч в 2014, известно, что ПЭ каждый год является причиной смерти 500 тысяч новорожденных.

В то же время в мире наметилась отчетливая тенденция к увеличению встречаемости тяжелых форм этого осложнения беременности: тяжелая ПЭ в 2011 году зарегистрирована в 27,14 случаях на 1000 родов, в

2012 году – в 30,28 случаях на 1000 родов. ПЭ остается одной из основных причин заболеваемости новорожденных (640-780‰) и перинатальной смертности (18-30%).

Таким образом, ПЭ представляет одну из самых серьезных и, к сожалению, нерешенных проблем современного акушерства.

Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современного лечения.

Материалы и методы исследования. С 2018 по 2021 годы в АОПЦ было родоразрешено 96 беременных. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования. Очевидно, что большинство обследуемых – это женщины от 19 до 34 лет (80%), пациентки позднего репродуктивного периода (35 лет и старше) составили 16%.

Все беременные проживали в удовлетворительных социально-бытовых условиях. Большая часть пациенток имела среднее (94 человека; 38,52%) и среднее специальное образование (27,46%) и являлись жителями сельской местности (57,36%).

В структуре экстрагенитальных заболеваний у беременных с тяжелой ПЭ основную долю составили заболевания сердечно - сосудистой системы (51,08%), среди которых преобладала гипертоническая болезнь. Обращает на себя внимание то, что большое количество пациенток с ожирением (46,77%), вплоть до его морбидных форм. Генез ожирения уточнить не всегда представлялось возможным и в группу эндокринопатий данные пациентки изолированно по этому признаку отнесены не были. На III месте среди заболеваний, сопутствующих ПЭ, стоит патология почек (32,26%), преимущественно хронический пиелонефрит. Кроме того, имелись беременные с заболеваниями щитовидной железы, сахарным диабетом (I типа и гестационным), а также 16 человек (8,6%) с хроническим холециститом.

Выводы. У большей части беременных Ставропольского края с тяжелой ПЭ (58,2%) наблюдается классическая симптоматика ПЭ с наличием триады Цангемейстера. Тяжелая ПЭ значимо влияет на срок и метод родоразрешения (абдоминально родоразрешены 70,5%, досрочное родоразрешение имело место в 61,07% наблюдений).

Характерна низкая масса новорожденных от матерей с тяжелой ПЭ (2240,92 гр., SD 836,66). Большая часть (65,7%) оценивается по Апгар в 5-7 баллов, выхаживание детей требует длительного пребывания в стационаре с переводом на второй этап выхаживания (67,35%) и использования современных реанимационных мероприятий (ИВЛ, препараты сурфактанта).

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СКРИНИНГУ, ПРОФИЛАКТИКЕ, ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ НЕЁ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ"

Мамадиева М.С.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Частота акушерских и перинатальных осложнений у матери и новорожденного пропорциональна тяжести преэклампсии. Использование аквааэробики может способствовать профилактике преэклампсии.

Цель исследования. Уменьшение осложнений беременности и родов в результате скрининг, профилактики и терапии ПЭ в 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.

Результатқ 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.

Значимыми клинико-лабораторными и инструментальными предикторами тяжелой преэклампсии в первом триместре являются показатели количества тромбоцитов более 243,00×109 /л, липопротеидов низкой плотности более 3,33 ммоль/л, эритропоэтина менее 9,61 мМЕ/мл, коэффициент адекватности продукции эритропоэтина менее 0,758, систоло-диастолическое отношение в маточных артериях на сроке 11-14 недель

более 3,25; для ранней преэклампсии – показатели липопротеидов низкой плотности более 3,22 ммоль/л, эритропоэтина менее 10,75 мМЕ/мл, коэффициент адекватности продукции эритропоэтина менее 0,770.

Разработанная клинико-лабораторно-инструментальная модель прогноза преэклампсии в первом триместре беременности со специфичностью до 88,1% и чувствительностью до 88,6% (для тяжелой преэклампсии до 98,7%) позволяет установить 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.

При тяжелой, а также ранней преэклампсии регистрируется значительное увеличение плацентарной экспрессии эритропоэтина, которая в эндотелии сосудов и макрофагах стромы ворсин сопровождается повышением экспрессии маркеров антиапоптоза и клеточной пролиферации. В синцитиотрофобласте, где выявляется наибольшая экспрессия эритропоэтина, имеет место значимое снижение экспрессии маркеров антиапоптоза в сравнении с показателями клеточной пролиферации и проапоптоза.

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.

Разработанный алгоритм прогнозирования и профилактики преэклампсии позволил снизить частоту преэклампсии в 2,4 раза, степень ее тяжести в 4,6 раз, что уменьшает риски формирования суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности, увеличивает сроки донашивания беременности и позволяет улучшить материнские и перинатальные исходы беременности.

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.

В последние годы в комплексном лечении преэклампсии используют физические упражнения в воде, так называемую аквааэробику. В патогенезе преэклампсии ведущую роль играют нарушения процессов микроциркуляции, развитие оксидантного стресса, нарушения центральной гемодинамики, газообмена, что приводит в конечном

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ И «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ НЕЁ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ"

Мамадиева М.С.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из важнейших проблем современного акушерства является преэклампсия (ПЭ), она обуславливает высокую материнскую и перинатальную смертность, а также в результате преэклампсии снижается качество здоровья новорожденных.

Преэклампсия – это полигенная патология. В патогенезе ПЭ особая роль отводится неполноценной инвазии трофобласта, вследствие материнской эндотелиальной дисфункции, обусловленной нарушением ангиогенеза и пониженной способностью к восстановлению эндотелия.

Цель исследования. Разработка новых подходов к прогнозированию, ранней диагностике перинатальных осложнений и оптимизации тактики ведения беременных группы риска развития ПЭ, репродуктивных потерь и ряда акушерских осложнений.

Материалы и методы исследования. Было изучено течение беременности у беременных с реализованной ПЭ и беременных группы риска развития ПЭ.

Выделено 4 группы исследования:

1 – пациентки с реализованной ПЭ (35 случаев);

2 – беременные женщины из группы высокого риска развития ПЭ;

3 – беременные с физиологическим течением беременности (контрольная, 37 случаев).

Была обследована также группа пациенток группы высокого риска развития ПЭ, планирующих беременность, – 117 женщин. Среди них 36 женщин с гипертонической болезнью, 35 – с заболеваниями почек, 33 – с ожирением (ИМТ >34 кг/м2), 13 – с дефицитом массы тела.

Результаты исследования. 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.

Значимыми клинико-лабораторными и инструментальными предикторами тяжелой преэклампсии в первом триместре являются показатели количества тромбоцитов более 243,00×109 /л, липопротеидов низкой плотности более 3,33 ммоль/л, эритропоэтина менее 9,61 мМЕ/мл, коэффициент адекватности продукции эритропоэтина менее 0,758, систоло-диастолическое отношение в маточных артериях на сроке 11-14 недель более 3,25; для ранней преэклампсии – показатели липопротеидов низкой плотности более 3,22 ммоль/л, эритропоэтина менее 10,75 мМЕ/мл, коэффициент адекватности продукции эритропоэтина менее 0,770.

Разработанная клинико-лабораторно-инструментальная модель прогноза преэклампсии в первом триместре беременности со специфичностью до 88,1% и чувствительностью до 88,6% (для тяжелой преэклампсии до 98,7%) позволяет установить группу высокого риска развития преэклампсии.

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.

Разработанный алгоритм прогнозирования и профилактики преэклампсии позволил снизить частоту преэклампсии в 2,4 раза, степень ее тяжести в 4,6 раз, что уменьшает риски формирования суб- и декомпенсированной плацентарной недостаточности, увеличивает сроки донашивания беременности и позволяет улучшить материнские и перинатальные исходы беременности.

Вывод. Результаты исследования доказали необходимость выявления у беременной при первом же раннем антенатальном визите к врачу таких ассоциированных с риском развития ПЭ факторов, как возраст <18 лет и >35 лет, первая беременность, интервал между родами >10 лет, ПЭ в предыдущую беременность, индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м , гипертоническая болезнь, заболевания почек, систолическое АД >130 мм рт. ст.; именно эти характеристики матери ответственны за наибольший вклад в повышение уровня риска ПЭ.

Уровни САД >90 мм рт. ст. с высокой степенью вероятности прогнозируют риск развития тяжелых форм ПЭ.

Определены при допплеросонометрии кровотока маточных артерий на 11-13-й неделях гестации такие патологические особенности, как двусторонние инцизуры на КСК и величина ПИ >1,84, у беременных с развившейся в дальнейшем ПЭ. Маточно-плацентарное кровообращение необходимо оценивать до 13-й недели гестации, что позволит рано выделять группу беременных с высоким риском осложнений.

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 исходи 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/м^2)

II- 20 с избыточной массой тела ИМТ от 25 до 29,9 кг/м^2

III- 118 беременные с ожирением 30 кг/м^2 и более.

Всем пациенткам проводили клинические и лабораторно-инструментальные исследования в соответствием 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 чаше (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 IIIгруппах 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 третей группе преждевременные роды 8 (40%), самопроизвольные роды 15 (75%), кесарево сечение 5 (25%), кровотечения в раннем послеродовом периоде 6 (30%), мертворождения 4 (20%).

Выводы. Таким образом течение беременности и родов у женщин с избыточной массой тела и ожирением достоверно чаше осложняется преждевременными родами, преэклампсией и кровотечением в послеродовом периоде.

ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В РЕГУЛЯЦИИ СКОРОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА

Мамажонов У.Ш., Тошбоев Ш.О.
Андижанский государственный медицинский институт

На современном этапе развития детской колопроктологии, прогрессивно увеличивается количество исследований, подчеркивающих значение кишечной микробиоты в регуляции моторики и демонстрирующих возможности применения пробиотиков для регуляции скорости кишечного транзита.

Целю исследования явилась изучить степень нарушения микробиоценоза кишечника у детей с болезню Гиршпрунга.

Материал и методы исследования. Материалом для изучения послужили результаты лабораторных исследований микрофлоры кишечника 25 детей с болезнью Гиршпрунга, находившихся в стационарном лечение в отделение хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра. В течение первых трех дней после поступления в стационар по утрам брался образец стула (никто из больных, до исследования, за 7-10 дней пробиотики и антибиотики не получал). Основная группа была разделена на подгруппу А (после операции получали пробиотики) и подгруппу Б (после операции не получали пробиотики). А также исследованы материалы 15-ти потенциально здоровых детей (контрольная группа). В контрольной группе также никто не получал до исследования, за 7-10 дней – пробиотики и антибиотики. У всех пациентов с болезнью Гиршпрунга диагноз был подтвержден в результате клинико-инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования кала в основной группе показало: дисбактериоз III степени у 18 больных (72%) и II степени у 7 больных (28%). В контрольной группе дисбиоз был распределен следующим образом: II степень – 9 детей (60%), I степень – 6 детей (40%).

По результатам изучения кала на качественный и количественный состав микрофлоры кишечника были выявлены выраженные изменения в основной группе, а именно, значительное снижение бифидобактерий и лактобактерий, увеличение условно-патогенных микроорганизмов и инфицирование патогенными микроорганизмами. Выраженными в основной группе были: уменьшение общего количества бифидобактерий - 104 -2*106, лактобактерий до 106-2*107, кишечной палочки до 104-107, определялось значительное увеличение микроорганизмов коагулирующих плазму 104-106, стафилококков103-105 и грибов рода Candida - 105-106, клебсиелл - 104-108. В контрольной группе преобладает количество анаэробов, число лактобактерий не изменяется, увеличивается или уменьшается количество кишечной палочки, условно-патогенная флора в основном в норме. Клинические симптомы дисбактериоза в основной группе были ярко выражены: нарушения стула, недержание, метеоризмы, симптомы интоксикации, отсутствие аппетита, вялость, недомогание, развитие энтероколита и т.д.

Выводы. У детей с болезню Гиршпрунга выявлены выраженные изменения в кишечном микробиозе, которые характеризовались значительным снижением бифидобактерий и лактобактерий, увеличением условно-патогенных микроорганизмов и инфицированием патогенными микроорганизмами, что необходимо рассматривать как усугублённый дисбактериоз.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА

Мамажонов У.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Улучшение результатов лечения болезни Гиршпрунга (БГ) у детей путем совершенствования хирургической тактики с целью снижения частоты послеоперационных функциональных и органических осложнений, улучшения качества жизни остается в ряду приоритетных направлений детской хирургии. В оценке результатов хирургического лечения детей с БГ основное значение придаётся интраоперационным и ближайшим факторам, способными повлиять на неблагоприятные результаты хирургического лечения.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру ближайших послеоперационных осложнений у детей с болезню Гиршпрунга.

Материалы и методы исследования. Всего в исследование включено 85 детей, оперированных с БГ в отделении хирургии АОДММЦ, которые были распределены на две группы. В основную группу включено 38 детей, которым выполнялась усовершенствованная методика операции De La Torre-Ortega, а также в послеоперационную программу реабилитации с учетом специфики изменений микробиоциноза толстой кишки включена терапия пробиотиками. В группу сравнения вошло 47 детей, которым производилась трансанальная резекция толстой кишки по классической методике Соаве-Ленюшкина. Проводили анализ частоты, структуры осложнений и летальности. Выводы, сделанные по результату этих исследований, дали основание для выбора способа реконструкции колоанального анастомоза в данной клинической ситуации с наилучшим результатом. В сравнении непосредственных результатов помимо клинического и функционального состояния больных, основную роль играли критерии значимости различий между группами в зависимости от воздействия фактора риска развития осложнений.

Результаты исследования. Разница в показателях длительности операции была довольно существенной, в группе сравнения - 120,2±11,1 мин, в основной группе - 113,4±13,8 (t=-2,46; P <0,05). Объем кровопотери в основной группе был значительно меньше (122,6±36,7 мл), чем в группе сравнения (163,8±52,0 мл) (t=-4,27; P <0,05). Показатель длительности обезболивания в группе сравнения был наибольшим (3,7±0,7 сут), в основной группе - 2,8±0,9 сут (t=-4,88; P <0,05). На восстановление перистальтики в группе сравнения требовалось 3,1±0,9 сут, в основной группе - 2,2±0,6 (t=-5,71; P <0,05). Энтеральное питание начиналось в группе сравнения на 4,3±1,0 сут, в основной группе на 3,1±0,6 (t=-7,03; P <0,05). Активизация пациентов в основной группе была на 6,3±2,3 сут, а в группе сравнения на 10,3±1,7 6 (t=-9,02; P <0,05).

Энкопрез на момент выписки регистрировался у 28 пациентов, что составило 59,6% случаев в группе сравнения, в основной группе этот показатель был значительно ниже – 28,9%. Параректальный свищ и парапроктит в группе сравнения также наблюдались значительно чаще, чем в основной группе (2,1% и 4,3% против 0,0%и 2,6%, соответственно). Всего больных с осложнениями в группе сравнения отмечено в 63,8% случаях, а в основной в 31,6% случаях ($\chi 2$=8,743; Df=1; p=0,004).

Показатель удержания кишечного содержимого в ближайшее время после операции (3-6 суток п/о) в группе сравнения составил 0,0%, а в основной группе – 7,9%. К периоду выписки (8-15 суток п/о) в основной группе удержание кишечного содержимого наблюдалось у 71,1% пациентов, в группе сравнения этот показатель был почти в 2 раза меньше (40,4%). Частичное удержание кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о было 6,4%, а на момент выписки (8-15сутки п/о) – 38,3%. Показатели частичного удержания кишечного содержимого в основной группе были значительно лучше, на 3-6 сутки п/о – 47,4%, на момент выписки (8-15 сутки п/о) – 18,4%. Коэффициент не удержания кишечного содержимого в группе сравнения на 3-6 сутки п/о был почти в 2 раза больше (93,6%), чем в основной группе (44,7%). На момент выписки (8-15 сутки п/о) не удержание кишечного содержимого наблюдалось в группе сравнения у 21,3% пациентов, в основной группе – 10,5%.

Следующим сравнительным анализом в исследуемых группах в зависимости от методики операции и реабилитационной программы, явился анализ продолжительности различных этапов госпитального периода. Так, в основной группе пациентов длительность нахождения пациентов в ОРИТ составила 1,6 суток, а в группе сравнения – 3,4 (t=7.63; p <0,001). Количество койко-дней после операции в основной группе составил 7,1 суток, в группе сравнения – 11,0 (t=7.15; p <0,001). В группе сравнения общий госпитальный период составил 22,1 суток, а в основной группе этот показатель был значительно меньше - 15,1 (t=7.23; p <0,001).

Таким образом, применение модифицированного способа операции De La Torre-Ortega у детей с болезнью Гиршпрунга позволило улучшить все основные параметры оценки качества течения ближайшего послеоперационного периода (p<0,05 - по сравнению показателей длительности обезболивания, восстановления перистальтики, начала энтерального питания и сроков активизации больных), а также сократить общую частоту осложнений с 63,8% (у 30 из 47 детей в группе сравнения) до 31,6% (у 12 из 38 детей в основной группе; χ^2=8,743; Df=1; p=0,004) и соответственно период госпитализации с 22,1±3,2 до 15,1±5,2 суток (t=7,23; p<0,001).

ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ

Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.
Андижанского государственного медицинского института
Андижан. Узбекистан.

Актуальность. Распространенность заболеваний пародонта, по данным разных авторов, достигает 98 %. Среди всех заболеваний пародонта 90-95% приходится на воспалительные процессы. У 90% взрослого населения промышленно развитых стран выявляются признаки гингивита. Проблема лечения воспалительных заболеваний пародонта всегда являлась одной из наиболее актуальных в пародонтологии. Известно, что при хроническом гингивите преобладает анаэробная флора, в связи с чем нормализация микрофлоры полости рта является непременным условием рациональной терапии воспаления в пародонте.

Целью нашего исследования явилось определение клинической эффективности бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 25 подростков в возрасте от 14 до 18 лет с воспалительными заболеваниями пародонта легкой степени.

На момент обращения больные предъявляли жалобы на периодическую возникающую кровоточивость десен при чистке зубов.

Лечебный эффект у пациентов оценивался по субъективным ощущениям пациентов, пробы Шиллера-Писарева, индекса РМА, индекса кровоточивости десен по Muhlermann- Cowell. По результатам индекса Гринн-Вермиллиона определяли уровень гигиены полости рта.

Перед применением геля всем пациентам провели профессиональную гигиену и обучили основам индивидуального ухода за полостью рта. Бальзамом рекомендовали пользоваться 2 раза в день. Всех пациентов обучили методике применения «Асепты» в первое посещение. После чистки зубов на тщательно высушенную десну, аппликатором тонким слоем наносили бальзам и смачивали водой. После удаления геля пациентам рекомендовали воздержаться от употребления еды в течение часа. Продолжительность курса лечения определяли индивидуально.

Результаты исследования и обсуждение. После 4-5 дневного курса лечения у пациентов выявлено снижение индексов воспаления десны: индекс РМА уменьшился в 6,5 раза: с 23,7 ±2,2% до 3,33±1,15% ($p < 0.001$), индекс Muhlermann- Cowell - в 4,4 раза :с 1,3±0,3 до 0,3±0,1 ($p < 0.001$), проба Шиллера -Писарева до лечения составляла 1,5±0,18 балла, и после лечения: 0,006±,01($p < 0.001$). Окрашивания слизистой десны в конце курса лечения практически не было выявлено.

Динамика показателей гигиенического индекса, выявила значительное улучшение гигиены полости рта. До лечения индекс гигиены составил 1.4±0,22 балла и 0.6±0,1 ($p<0.001$) после курса лечения, что свидетельствовало о значительном улучшении гигиены полости рта. Применение бальзама «Асепта» не выявило окрашивания зубов, раздражающего и аллергизирующего действия препарата. Все пациенты положительно оценили бальзам. Аллергической реакции не наблюдалось ни у кого.

Выводы. Таким образом, применение бальзама «Асепта» при лечении воспалительных заболеваний пародонта, способствовало значительному улучшению гигиенического состояния полости рта, уменьшению кровоточивости и воспалительных явлений в тканях пародонта. Это подтверждено существенным понижением цифровых значений индексов Мюллемана и РМА. Применение противовоспалительного бальзама «Асепта» позволило в короткий срок улучшить состояние больных с воспалительным заболеванием пародонта, что позволяет рекомендовать его при лечении данной патологии.

ПРОФИЛАКТИКА НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ

Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан.

Цель исследования: оценка эффективности применения реминерализующей терапии кальцийсодержащим гелем в домашних условиях для лечения начальной формы кариеса зубов у детей.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном с участием 35 детей в возрасте от 1 до 3 лет, нами осуществлялось лечение кариеса в стадии меловидного пятна с применением геля «R.o.c.S. Medical Minerals». Клиническое обследование полости рта проводили по стандартной схеме с заполнением индивидуальной карты.Интенсивность деминерализации при кариесе оценивали методом окрашивания меловидных пятен 2%-ным раствором метиленового синего по 10-балльной шкале Аксамита. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс для оценки зубного налета у детей раннего возраста[6]. Кроме того, визуально определяли наличие или отсутствие явлений катарального гингивита.

По показаниям им был назначен следующий комплекс консервативных лечебно-профилактическихмероприятий:

1. Улучшение гигиенического состояния полости рта.
2. Нормализация характера и режима питания(устранение углеводного фактора).
3. Местная реминерализующая терапия с использованием геля R.o.c.S. Medical Minerals (в домашних условиях).
4. Диспансерное наблюдение.

Обучение родителей маленьких пациентов принципам гигиены полости рта и способу применения высокоадгезивного геля «R.o.c.S. MedicalMinerals» происходило в условиях стоматологического кабинета; применение геля осуществлялось в домашних условиях. Маленьким пациентам после вечерней ежедневной гигиены гель наносился на зубы другой щеткой, втирался и оставлялся на ночь, по завершении процедуры рекомендовалось сплевывать остатки геля, не ополаскивая полость рта. Для гигиенического ухода в период лечения рекомендовали детскую зубную пасту, не содержащую фтор, «RocSbaby, аромат липы». На контрольных осмотрах каждый месяц в течение года оценивались площади очагов деминерализации эмали временных зубов.

Результаты и обсуждения. При клиническом обследовании полости рта пациентов через месяц после назначенного комплекса консервативных лечебно-профилактических мероприятий мы отметили отсутствие прироста новых кариозных полостей и очагов деминерализации; на имеющихся меловидных пятнах происходило восстановление блеска, наблюдался положительный симптом скольжения зонда.

До исследования меловидные пятна при прокрашивании 2%-ным раствором метиленового синего окрашивались в темно-синий цвет (от 6 до 9 баллов), через месяц профилактических мероприятий меловидные пятна сохранялись, но окрашивания не происходило (0 баллов).Среди других позитивных изменений следует отметить исчезновение признаков катарального гингивита и удовлетворительное гигиеническое состояние полости рта у всех пациентов.

В результате лечения отмечено восстановление структуры эмали временных зубов у всех обследованных детей. Таким образом, использование реминерализующего геля «R.o.c.S. Medical Minerals» для лечения кариеса в стадии меловидного пятна временных зубов является эффективным и безопасным методом. В результате применения геля происходит насыщение эмали кальцием, что способствует реминерализации зубов и повышению их устойчивости к действию кариесогенных факторов. Кроме того, залогом успешного лечения кариеса в стадии меловидного пятна является строгое соблюдение гигиены полости рта. Проведенное исследование продемонстрировало высокий уровень эффективности предложенного метода и получило высокую оценку родителей наших пациентов.

Повышение уровня информированности родителей о новых методах лечения и профилактики кариеса зубов у малышей может способствовать повышению уровня своевременной диагностики заболеваний зубов у детей младшего возраста.

Выводы. Профилактика кариеса зубов у детей является залогом стоматологического здоровья на всю жизнь. Грамотное применение специальных детских средств гигиены полости рта поможет сформировать ребенка мотивацию к чистке зубов с первых лет жизни. Сочетание реминерализующего и противомикробного действия в аппликационном геле «R.o.c.S. Medical Minerals» позволяет сократить количество посещений стоматологического кабинета в предложенной нами схеме лечения, что существенно облегчает ее выполнение у детей раннего возраста.

ИНТЕРЦЕПТИВНОГО ТЕРАПИИ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Цель исследования – оценить эффективность проведения интерцептивного терапии кариозных поражений без образования полости у детей раннего возраста с высоким риском развития кариеса.

Результаты и обсуждение. Терапевтическая герметизация была проведена у детей группы 1 в 18 молярах с начальным кариесом (меловидные фиссуры) и группа II в 28 зубах с пигментированными фиссурами. Сравнение эффективности герметизации проводили с 38 зубом у 18 пациентов из группы 3, которым проводили ежедневные аппликации кальций-фосфатсодержащего геля (14 моляров с меловидными фиссурами и 25 зубов с пигментированными фиссурами). Через 1 год после проведенной герметизации меловидных фиссур силант сохранился в 16 (57,1±18,71%) зубах. Средний срок сохранности герметика составил 13,4±5,45 месяца, Me=12,0 [10,0/15,0]. Без изменения остались фиссуры в 5 зубах, в них силант сохранялся 4–10 месяцев. Реминерализация эмали произошла в 7 (25,0±16,36%) зубах. В зубах с утратой герметика проводили регерметизацию. Через 2 года силант сохранился также в 15 зубах, средний срок

сохранности материала – 10,7±4,87 месяца. В 9 (32,1±17,74%) зубах произошла реминерализация эмали в области фиссур, а в трех (10,7±11,68%) зубах развился кариозный процесс: в одном – в пределах эмали и в двух – с вовлечением дентина.Через 2 и 3 года 7 (43,8±24,8%) зубов оставались здоровыми, а в 9 (56,2±24,8%) – развился кариес, что было статистически значимо выше, чем в группе 1 ($p<0,05$). Эффективность терапевтической герметизации фиссур с начальным кариесом по сравнению с ежедневными аппликациями кальцийфосфатсодержащего геля составила через 3 года 68,1%. Шанс развития кариеса в зубах с меловидными фиссурами после неинвазивной герметизации стеклоиономерным цементом составляет 0,39, а после аппликаций кальций-фосфатсодержащего геля – 1,40. Отношение шансов составило 3,58 (95% ДИ 0,90–14,26).

В зубах с пигментированными фиссурами через 1 год после терапевтической герметизации прогрессирование кариеса не диагностировано ни в одном зубе у детей группы 1. Почти в половине зубов (47,9±14,42%) силант сохранился. Наиболее высокий процент сохранности герметика отмечен в первых молярах нижней челюсти (55,0±21,71%), однако этот показатель статистически значимо не отличался от показателя в первых молярах верхней челюсти (36,8±22,12%; $p=0,12$). В целом средний срок сохранности составил 13,6±5,60 месяца, медиана – 12,5 (9,0/17,5) месяца. В молярах с утраченным герметиком проводилась регерметизация. Через 2 года сохранность герметика отмечена также в 19 (47,9±14,42%) зубах, однако в 9 (18,8±11,28%) зубах произошло прогрессирование патологического процесса с образованием кариозной полости. В 14 (33,3±13,60%) зубах наблюдалась стабилизация процесса. Спустя 3 года сохранность силанта отмечена в 10 (25,0±12,50%) молярах, стабилизация процесса – в 25 (54,2±14,38%) зубах, прогрессирование кариозного процесса – в 10 (20,8±15,34%) зубах.

В группе 3 пигментированные фиссуры ($n=25$) при базовом обследовании имели 18 детей. Через 1 год после аппликаций на зубы кальций-фосфатсодержащего геля стабилизация кариозного процесса произошла в 4 (16,0±14,66%) зубах, а в 21 (84,0±14,66%) зубе – его дальнейшее развитие. В последующие два года изменений в состоянии зубов не произошло. У детей групп 1 и 3 из 74 зубов реминерализация начальных кариозных поражений наблюдалась в 32 (43,2±5,76%) зубах, в группе 2 – в 36 (63,2±6,39%) зубах ($p=0,02$). Также в этой группе была ниже доля кариозных поражений с влечением дентина (14,0% против 29,7%, $p<0,05$). Редукция начальных кариозных поражений составила 35,2%. Риск прогрессирования начальных кариозных поражений на гладких поверхностях при проведении аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина в 2,25 раза эффективнее по сравнению с аппликациями только кальций-фосфатсодержащего геля (ОШ=2,25). Выводы. Ппроведение терапевтической герметизации фиссур моляров с начальными кариозными поражениями снижает риск их прогрессирования по сравнению с аппликациями кальций-фосфатсодержащего геля в 3,6 раза, пигментированных фиссур – в 19,95 раза. Включение в комплекс лечебных и профилактических мероприятий аппликаций 0,05% раствора хлоргексидина позволяет повысить эффективность реминерализации начальных кариозных поражений на гладких поверхностях на 35,2%.

ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ

Мамажонова С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Климактерии- это физиологический период в жизни женщины, при котором на фоне возрастных инволюционных процессов возникает гормонально перестройка всего организма. У ряд женщин он протекает физиологически, а у остальных осложняется климактерической кардиопатией.

Цель. Изучение особенности течения у климактерической кардиопатии многорожавщих.

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±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 симпато-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.

У 18 больных своеобразной реакцией на физическую нагрузку явилось полная нормализация ЭКГ и лишь у 7 пациенток отмечалось изменении 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 кардиопатии 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 оказан положительное влияние на исход и течение климатрической кардиопатии.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВЛАГАЛИЩЕ

Мамажонова С. О.
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 нахадилось 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 влагалище 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 микробиосеноза 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 микробиоценоз влагалища оказывает определенное протекторное воздействии на поврежденные во время хирургического вмешательств ткани промежности и влагалища.

Выводы. Применение эубиотиков для санации влагалища в предоперационном периоде является эффективным методом коррекции стенки чистоты влагалище, резко снижая риск развития гнойно-септических осложнений, тем самым улучшая результаты хирургического лечения.

HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KLINIK NAMOYON BO‘LISHI

Mamadjanova SH.K.
1 - Akusherlik va ginekologii kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot isntituti

Izlanish dolzarbligi. gepatit C kasalligi yer yuzida keng tarqalgan kasalliklar guruhiga kirib, dunyo aholisining 3% ga yaqini gepatit C kasalligiga chalingan. Gepatit C kasalligi ko‘p hollarda simptomsiz kechib, surunkali turga o‘tishi, jigar sirrozi va karsinomasi bilan asoratlanishi mumkin.

Bu kasallikda, taxminan 17- 25% hollarda «Gepatit C» kasalligining o‘tkir shakli bilan kasallangan bemorlarda spontan sog‘ayish kuzatiladi, qolgan bemorlarda kasallik o‘z vaqtida tashxislanmasligi va davolanmasligi bois, jigar hujayralarining surunkali yallig‘lanishi rivojlanib, og‘ir asoratlarga olib keladi.

Izlanish maqsadi: ilmiy izlanishdan asosiy maqsad – homilador ayollar o‘rtasida kuzatilayotgan gepatit S xastaligining klinik kechishini o‘rgangan holda ularda zamonaviy tashxis qo‘yish va davolash masalalarini ishlab chiqishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari: biz o‘z oldimizga qo‘yib olgan vazifamizni bajarish uchun Andijon viloyati 2 – tug‘ruq kompleksiga murojaat qilib kelgan, anamnezidan gepatit S bilan xastalangan bemor ayollardan jami 45 nafari tanlab olindi.

Tekshiruv natijalari va ularning muhokamasi. Kuzatuv davomida ayollardan 13,3% da homilaning «Gepatit C» kasalligi bilan zararlanishi kuzatilgan. 20% bemorlarda homiladorlik davrida uyquchanlik, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, ko‘ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, tana vaznining kamayishi, o‘ng qovurg‘a ravog‘i ostida diskomfort hissi kuzatilgan. 23,7% bemorlarda klinik belgilar kuzatilmagani holda qondagi fermentlar miqdorining o‘zgarishi va gestozlar aniqlangan. 3,7% bemorlarda kasallik teridagi toshmalar va bo‘g‘im og‘riqlari belgilari kuzatilishi bilan namoyon bo‘lgan. 33,6% bemorlarda qusish, ko‘ngil aynishi, o‘ng qovurg‘a ravog‘i ostida og‘riq, siydik rangining o‘zgarishi, teri qoplamlari va skleraning sargayishi, jigar va taloq o‘lchamlarining kattalashishi aniqlangan. Biroq tug‘ruq o‘z vaqtida boshlanib, homilaning sog‘lom dunyoga kelishi qayd etilgan. 17% bemorlarda kasallik og‘ir kechganligi bois, homiladorlikning erta muddatlarida homilaning muddatidan oldin tug‘ilishi (2 ayolda), o‘lik homila tug‘ilishi (3 ayolda), homiladorlikning erta davrlarida bola tashlash (2 ayolda) holati yuz bergan.

Biz tekshirgan homilador ayollarda esa, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida juda og‘ir kechishi (3-16, 4%) bemorlarda kuzatildi. Homilador ayollarda kasallikning yengil kechishi faqat 3,9% da, og‘ir kechishi esa 28,2% da kuzatildi.

Xastalikning og‘ir kechishi homiladorlikning ikkinchi yarmi, bevosita tug‘ruqdan keyingi davr, hamda ayollarning emizikli davrlarida kuzatildi.

Tekshirgan homilador ayolarimizda sariqlik davrining 4-6 kunlarida bemor ayolning ahvoli og‘irlashib, nihoyatda holsizlanishi, ko‘ngil aynib, tez-tez qusishi kuzatildi. Bemorning yurak urishi susayib, tomir urishi tezlashdi. Jigar yumshoqlanib, hajmi kichrayib ketdi. Bemor og‘zidan ham jigarning hidi keskin sezilib turdi. Bemor ayollarda tug‘ruq (chala tug‘ish yoki bola tashlash) sodir bo‘lganda ham 1-3 - kunida kasallikning kechishi keskin og‘irlashdi.

Xulosalar. 1. Shuni alohida ta’kidlash lozimki, gepatit C virusi ona sutida qon zardobiga nisbatan kam miqdorda bo‘ladi. Shu bois ham ona suti bilan bolani emizish bola sog‘ligiga xavf tug‘dirishi to‘g‘risidagi faktlar o‘z tasdig‘ini topgani yo‘q. Biroq ona ko‘kragidagi shilinishlar bolaga kasallik o‘tish xavfining ortishiga olib keladi.

HOMILADORLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KECHISHI

Mamadjanova SH.K.
1 - Akusherlik va ginekologii kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot isntituti

Izlanish dolzarbligi. Gepatit S hozirda ko‘p mamlakatlar aholisi orasida keng tarqalgan kasallik hisoblanadi. U jigar hujayralari ichiga joylashib (A va V viruslardan farqli ravishda), ularni asta-sekinlik bilan yemirib boradi va vaqtida aniqlanilmasa, surunkali tusga o‘tib, og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin bo‘lgan kasallikdir.

Izlanish maqsadi: ilmiy izlanishdan asosiy maqsad – homilador ayollar o‘rtasida kuzatilayotgan gepatit S xastaligining kechishini o‘rganish va ularga zamonaviy tashxis qo‘yish va davolash masalalarini ishlab chiqishdan iborat.

Tekshirish materiallari va usullari: biz oldimizga qo‘ygan vazifalarni bajarish uchun Andijon viloyati 2 – tug‘ruq kompleksiga murojaat qilgan, anamnezida gepatit S kuzatilgan jami 45 nafar bemor ayollar tanlab olindi.

Tekshiruv natijalari va ularning muhokamasi. Tekshiruv maqsadlarida olingan guruhdagi homilador ayollarning 17% birinchi homiladorlik, 83% takroriy homiladorlik aniqlangan. Ularning yashash manzilgohlari tekshirilganda 66% tuman aholisi, 34% shahar aholisi ekanligi aniqlandi. Epidemiologik anamnezi tahlil etilganda, 3,8% boshidan turli operatsiyalarni o‘tkazganligi, 22,5% turmush o‘rtog‘i o‘z ishi yuzasidan xorij davlatlarida bo‘lganligi, 15,6% birinchi tug‘ruq kesar-kesish operatsiyasi orqali amalga oshirilganligi, 21% bemorlar tishlarini davolatganligi, 25,7% doimiy ravishda pedikyur va manikyur xizmatidan foydalanishi aniqlandi. Bemorlarning 11,4% kasallik sabablarini aniqlash imkoni bo‘lmadi.

Bemorlarda kasallikning quyidagi shakllari aniqlandi: bemorlarning 27,5% kasallikning o‘tkir shakli, 72,5% kasallikning surunkali shakli aniqlandi. Kasallikning o‘tkir shakli 11,7% holda yengil, 68,3% holda o‘rta og‘ir, 20,4% holda og‘ir shaklda o‘tdi. Ayrim bemorlarda kasallikning atipik shakllari kuzatildi: 9,8% bemorlarda sariqsiz shaklda, 23,7% holda kasallikning bilinar bilinmas shakli aniqlandi.

«Surunkali gepatit C» tashxisi bo‘yicha bemorlar quyidagi og‘irlik darajalari bo‘yicha taqsimlandi: «minimal faollik darajasi»-3 bemorda, «past faollik darajasi»-5, «o‘rtacha faollik darajasi»-3, «yuqori faollik darajasi»-2 bemorda aniqlandi.

Xulosalar: 1. Homilador ayollarning 28% da o‘tkir gepatit C, 72% da surunkali gepatit C kasalligi aniqlanilgan. 88,6% bemorlarda parenteral aralashuv anamnezi borligi tasdiqlangan. Virusli gepatit C kasalligida homilador ayollar doimiy ravishda akusher-ginekolog, terapevt va infeksionist kuzatuvi ostida bo‘lishlari lozim. 23,7% bemorlarda kasallikning klinik belgilari kuzatilmagan. Ularda tug‘ruq jarayoni va tug‘ruq usuli kasallikning kechishiga qarab aniqlanishi lozim. Gepatit C kasalligining ona suti orqali berilmasligini e’tiborga olgan holda ko‘krak suti bilan emizishni to‘xtatmagani ma’qul.

2. Homilador lekin gepatit S xastaliliga chalingan ayollarda o‘tkazilgan tahlillar natijalariga ko‘ra, ayrim homilador ayollarda qon zardobida transaminazalar miqdori kamayishi (32,8%), qondagi aylanib yurgan virus miqdori ham pasayishi aniqlangan (24,6%).Bu holat homilador ayollar immun tizimining o‘zgarishi va qonda jinsiy gormonlar esterogenlar miqdorining ortishi bilan bog‘liq.

ЭНТЕРОБИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ТАҲИЛИ ВА 14 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОРАСИДА ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Матякубов М.Б., Расулов Ш.М.
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Тошкент тиббиёт академияси

Жаҳон миқиёсида гельминтозлар билан 1,5 миллиард киши касалланган. Улардан 1269 млн. аскаридоз, 932 млн. анкилостомидозлар, 637 млн. трихоцефалиозлар, 353 млн. энтеробиозлар, 77 млн. тениаринхозлар, 39 млн. гименолепидозлар, 15 млн. дифиллоботриозлар, 10 млн. ришта билан касалланганларни ташкил этади. Ҳозирги пайтда бутун жаҳонда гельминтозлар расмий равишда кўплаб қайд этилмоқда.

Бугунги кунда гельминтозлар умумдавлат миқёсидаги аҳамиятга эга бўлган касалликлар қаторига киради. Одам организмида паразитар ҳаёт кечирадиган 270 турдан ортиқ гельминтлар қайд қилинган, айниқса гельминт-протозой инфекцияларининг тарқалиши юқори. Кенг тарқалган ва эътиборга лойиқ бўлган гельминтозлар энтеробиоз, аскаридоз, трематодозлар, трихоцефалез ва гименолепидоз ҳисобланади, жумладан, уларнинг 89% ни энтеробиоз ва 6,8% ни аскаридоз ташкил этади.

Расмий маълумотларга кўра, болаларда учрайдиган ўткир юқумли касалликлари орасида паразитозлар, нафас йўли юқумли касалликларидан сўнг 2-ўринни эгаллайди.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ВОЗ) ҳамда интернет материалларига қаралса, аҳолининг ўртача 3 тадан биттаси гельминтоз касаллиги билан касалланганлиги аниқланган. Энг тараққий этган Европа мамлакатларида аҳолининг 95% и гельминтоз касаллиги билан касалланган.

Энтеробиоз касаллиги билан асосан мактабгача таълим муассасаси ва кичик мактаб ёшидаги болалар энг кўп зарарланади.

Тадқиқот мақсади: 2009-2019 йилларда энтеробиоз касаллиги билан 14 ёшгача бўлган болалар ва катталарнинг касалланишини қайд қилинишини аниқлаш

Тадқиқот обекти ва усуллари: Республика Давлат Санитария ва эпидемиология назорат марказидан олинган статистик маълумотлар, ретроспектив эпидемиологик текширувлар.

Натижалар муҳокамаси: 2009 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 751,2 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 89% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2010 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 747,2 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 89,4% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2011 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 708,9 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 90,4% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2012 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 785,5 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 90,7% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2013 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 707,7 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 89,96% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2014 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 736,8 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 90,3% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2015 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 731,5 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 90,5% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2016 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 722,1 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 83,1% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2017 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 584,5 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 89,6% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2018 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 532,3 ни ташкил қилган бўлиб, шулардан 91,3% ни 14 ёшгача бўлган болалар гурухи ташкил қилган. 2019 йилда энтеробиоз билан касалланиш интенсив кўрсаткичи 515,4 ни ташкил қилган, шуларнинг 94% ни 14 ёшгача бўлган болалар қайд қилган ва бу билан охирги 10 йилликда касалланишнинг энг кам миқдори сифатида рўйхатга олинган. Кўриниб турибдики 10 йиллик тахлилимизда барча йилларда энтеробиоз билан касалланганларнинг энг юқори қисмини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил қилган.

Хулоса: 2009-2019 йиллар давомида Ўзбекистонда энтеробиоз билан касалланишнинг динамик тахлилида, шу аниқландики энтеробиоз билан касалланиш кўрсаткичи хамон юқори даражаларда қайд қилиб борилмоқда. Олинган маълумотларга асосланиб шуни айтишимиз мумкинки энтеробиоз билан асосан 14 ёшгача бўлган болалар касалланган бўлиб, ҳатто бу 2019 йилга келиб касалланганларни 94% ни ёш боалар ташкил қилганни аниқланди. Бу касаллик билан асосан болалар касалланиб, гигиена қоидаларига риоя қилинмаган тақдирда касалликни юқтириб олишимиз мумкинлигининг яна бир тасдиқини топди. Энтеробиозга қарши энг самарали усул, қўлларни доимо тўза тутиш, хўл мева ва кўкатларни яхшилаб ювиб истемол қилиш, болалар буюмларини оғизларига солмасликларини таминлаш асосий профилактик чора тадбирлардан хисобланади.

ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ИОЛ У ДЕТЕЙ

Махмудов О.М., Бузруков Б.Т., Исламов З.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Коррекцией афакии в настоящее время является имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ). Однако, в детском возрасте эти «стандарты» не всегда применимы. Некоторые авторы считают оправданной имплантацию мягкой ИОЛ уже в первые годы (В.Н. Канюков и соавт.; Л.Н. Зубарева и др.) или даже в первые месяцы (Н.С. Егиян, Т.Б. Круглова и др.) жизни ребенка. В то же время, существует и другой подход, он предусматривает имплантацию ИОЛ лишь детям, достигшим 4-5-6- летнего возраста (Biglan.A.W; Н.Ф. Боброва). Другой проблемой интраокулярной коррекции афакии является выбор типа (жесткие или мягкие, акриловые) имплантируемой линзы, в зависимости от анатомического состояния глаза ребенка.

Цель. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода у детей после имплантации мягких и жестких ИОЛ при интраокулярной коррекции афакии после экстракции катаракты.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились16 детей в возрасте 1-8 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике ТашПМИ в период с 10.09.2020 по 05.02.2021г. Из них 10 (62,5%) мальчиков и 8 (37,5%) девочек. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли 10 детей, которым была произведена имплантация мягкой ИОЛ через малый корнео-склеральный, тоннельный разрез с помощью инжектора. Вторую группу составили 6 детей, которым была произведена имплантация жестких ИОЛ через большой тоннельный разрез с помощью пинцета. Во всех случаях

выполнена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) методом ирригации-аспирации под интубационном наркозом, капсулотомия выполнялась по методу «консервной банки», имплантация ИОЛ производилась в капсулярный мешок в 83,3% случаях, а в 20% случаях в цилиарную борозду. Дополнительно проведена базальная иридэктомия (55,5%), синехиотомия (27,7%), пластика радужки (16,6%).

Результаты. Особенностями раннего послеоперационного периода явились фибриноидный синдром и колебания внутриглазного давления (ВГД). В первой группе у 1 пациента (8,3%) отмечен фибриноидный синдром I степени, гипотония отмечена на 3-5 сутки у 1 пациента (8,3%). Во второй группе фибриноидный синдром I степени отмечен у 2 пациентов (40%), II степени – у 1 пациента (20%). Гипотонии отмечено не было.У всех детей наблюдалась умеренная воспалительная реакция, которая купировалась частыми инстилляциями кортикостероидов.

Вывод. Оптимальным течением послеоперационного периода, в сочетании с наилучшим функциональным результатом среди заднекамерных линз оказались мягкие, складывающиеся линзы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ МЯГКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ У ДЕТЕЙ

Махмудов О.М., Бузруков Б.Т., Исламов З.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Интраокулярная коррекция с имплантацией мягких интраокулярных линз нашла широкое распространение в хирургии врожденных катаракт у детей, что связано с появлением более качественных инертных материалов, хорошо адаптированных к детскому глазу, и использованием современных высокотехнологичных методов экстракции катаракт, позволяющих имплантировать ИОЛ в капсульный мешок. Совершенствование техники и методик хирургии врожденных катаракт создает оптимальные условия для восстановления и последующего развития зрительных функций в детском возрасте. При использовании заднекамерных гибких интраокулярных линзв коррекции посткатарактальной афакии создаются условия наиболее близкие к естественным.

Цель.Анализ результатов имплантации мягких интраокулярных линз при интраокулярной коррекции афакии после экстракции катаракты.

Материал и методы. В клинике ТашПМИ проведены клинические исследования 20 детей пролечившихся с 05.10.2020 по 07.03.2021. Средний возраст больных варьировал от 2 до 7. Среди них было 10 (50%) мальчиков и 10 (50%) девочек. В 12 (60%) случаях выполнена экстракапсулярная экстракция катаракты (ЭЭК) методом ирригации-аспирации с имплантацией мягкой интраокулярной линзы (МИОЛ), в 8(40%) случаях произведена имплантация МИОЛ на афакичных глазах под интубационном наркозом. Имплантация произведена корнео-склеральным тоннельным доступом, капсулотомия выполнялась по методу «консервной банки», имплантация МИОЛ производилась при помощи специального инжектора (Alcon) в капсулярный мешок в 70% случаях, а в 30% случаях в цилиарную борозду.

Результаты. До операции острота зрения от светоощущения до 0.02, после имплантации мягких ИОЛ составил 0.1-0.8. В послеоперационном периоде наблюдалась умеренная воспалительная реакция, которая купировалась частыми инстилляциями кортикостероидов.

Вывод. Применение складывающихся мягких интраокулярных линз со специальным инжектором, благодаря технике малых разрезов и высокой биосовместимости приводит к уменьшению травматизма и более высоким зрительным показателям.

ПРОФИЛАКТИКА СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Махмудова Б.Ш. Инакова З.Т.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии

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 клинико-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.

СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ

Махмудова Б.Ш. - Илмий раҳбар, катта ўқитувчи
Абдумўталов Шахзодбек – педиатрия факультети 324 - гурух талабаси

Фарзанд - оила қувончи, миллат давомчиси ҳисобланади. Баъзан оилада бола туғилиши қувонч эмас, ташвиш келтириши мумкин, ичувчи ота-онадан кўпинча ақлан заиф, жизмонан мажрух фарзандлар туғилади. Бундай болалар ота-она учун ҳам, жамият учун ҳам катта муаммодир. Мутахассисларнинг фикрига кўра, сурункали ичкиликбозлик, ароқхўрлик тез-тез ва кўп миқдорда спиртли ичимликлар истеъмол қилиш оқибатида келиб чиқиб, унга хирс қўйиш билан кечадиган сурункали касаллик ҳисобланади. Бош оғриққа эҳтиёж, шахснинг ўзига хос ўзгариши юз беради. Алкогол ичилганда одамнинг марказий асаб тизими фаолиятига тез таъсир қилади ҳамда олий асаб тизими ишдан чиқади. Ичкилик ичган кишида диққат-эътибор сусайиб, у ҳаракатларини йўқотиб қўяди. Бунда ақлий иш фаолияти бузилади, қаттиқ гапириб, мақтанчоқлик қилади. Буларнинг ҳаммаси оддий мастлик ҳолатига олиб келади. Мастлик бу алкогол билан ўткир заҳарланиш бўлиб, спиртли ичимликларнинг психотроп таъсиридан келиб чиқади. Бу инсоннинг руҳий, вегататив асаб бузилишига олиб келади. Кузатишлар шундан далолат берадики, минг нафар ақли заиф боладан беш юз нафарининг онаси, етмиш нафарининг эса отаси ҳам, онаси ҳам спиртли ичимлик истеъмол қилар экан. Француз врачи Демма 28 йил давомида эри ҳам, хотини ҳам ичкиликбозликка берилган ўнта оилани кузатган. Бу оилаларда туғилган 57 боланинг 25 нафари ёшига етмай ўлган, 5 нафарида тутқаноқ касали бўлган, 5 нафарининг бош миясида сув йиғилган, 12 нафари ақли заиф бўлган, фақат 10 болагина соғлом туғилган. Тутқаноқ касали билан оғриган ҳар юз боладан 60 нафарининг ота-онаси ашаддий ароқхўр бўлганлар. Ичкилик турли жиноятларнинг онасидир. Етмиш фоизга яқин қотиллик, 80-90 фоиз безорилик асосан мастликда рўй беради. Агар фуқаролар томонидан спиртли ичимликларни истеъмол қилиш 35 фоизга камайтирилса, қотиллик камида 40 фоизга, безорилик 25 фоизга

камайиши аниқланган. Текширувлар натижаларида юз грамм ароқ ичиш киши жисмидаги фаол ишлаётган 7500 тўқимани йўқ қилади. 75 грамм ароқ истеъмол қилингандан сўнг мушакларнинг кучи 20дан 40 фоизгача камаяди. 25 фоизга яқин ароқхўрлик мастлик пайтида ўзини-ўзи ўлдиришни ўйлайди. Халқимиз фарзандларининг соғ-саломат улғайишини, жамиятга нафи тегадиган шахс сифатида камол топишини муқаддас мақсад деб билади. Фарзанд саломат экан, она ҳамиша бахтлидир. Шу боис "Соғлом она-соғлом бола" тамойили остида ҳаётга тадбиқ этилаётган ислоҳотлар, айниқса 2014 йилнинг "Соғлом бола йили" давлат Дастури эзгу мақсад-муддаоларни кўзда тутганлиги билан алоҳида аҳамиятлидир.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ВА УНГА ҚАРШИ КУРАШ

Махмудова Б.Ш. - Илмий раҳбар, катта ўқитувчи
Урманжонов Насибилло – даволаш факультети 427- гурух талабаси

Инсон саломатлигига таъсир этувчи касалликлар асрлар оша унинг умрига зомин бўлиб келган. Бундан азият чеккан олимлар унга қарши курашиб, уни олдини олиш чораларини излаганлар. Шулардан бири чин сув чечакдир (Натуральная оспа) интернет маълумотларига кўра «ОСПА» (эрамиздан олдинги 430 йилдан -1979 йилгача) 300 миллиондан ортиқ инсонни умрига зомин бўлган. Бу ўткир юқумли касаллик бўлиб у фақат одамларда пайдо бўлади. Бу касаликнинг пайдо бўлишига икки хилдаги вируслар - Variola major ва Variola minor сабаб бўлади. VARIOLA MAJOR (ўлимга олиб келиш даражаси 20-30% ҳаттоки 90 % гача) ва VARIOLA MINOR (ўлимга олиб келиш даражаси 1,3 % гача). Бу кассаликдан даво топа олган инсонлар вақтинчалик ёки бутун умрга кўриш қобилиятларидан айриладилар. Бундан ташқари, танада касалликнинг яраларидан қолган доғлар қолади. XVIII асрда Францияда «ОСПА»га қарши дори воситаси яратилди (Едверт Дженнер). Америка Осиё ва Африкада бу касаллик 200 йил ҳукм сурган. XX асрда эса бу касалликдан 300-500 мингдан ортиқ инсонлар халок бўлган. Фақатгина 1970 йилга келиб бу касалликнинг олди бутунлай олингандек бўлди. Бу касалликдан оғриган сўнгги бемор 2 ёшли қизча бўлиб, даво топди ва 2000 йилга қадар яшади.

Ҳозирда сув чечакни чақирувчи вирус Varicella zoster бўлиб, бунга даво чора-тадбирлари топилган ва бу касалликка чалинган болалар ва ўсмирлар даволаш имкониятлари яратилган.

«ИСПАНКА» (1918-1919) 2 йил ичида 50-100 миллион одамни ўлимига сабабчи бўлди. Бу ўткир юқумли грипп касалликларидан бири ҳисобланади. Бундан ташқари, бу касаллик тарихдаги энг қўрқинчли касалликлардан биридир. Бу касаллик биринчи жаҳон уришининг охирги вақтларида юзага келди. Бу касаллик оқибатида бази бир шаҳарларда оммавий жойлар мактаб бозор ҳуллас шунга ўхшаш жойлар ишлашдан тўхтатилган. Баъзан савдогарлар олувчиларни дўконга қўйишмаган. Барселонада эса бу касаллик оқибатида бир кунда 1200 киши оламдан ўтарди. Аляскадан жанубий Африкага қадар касалликка чалинмаган доктор ёки гўрков қолмаган эди. "ИСПАНКА" 25 хафта ичида 25 миллион одамнинг ўлимга олиб келди. ОИТС касаллиги эса яралгандан 25 йил ўтибгина ўлимга олиб келадиган бўлганди. Касалликнинг кенг тарқалишига эса биринчи жахон уруши сабабчи бўлган эди. Аскарларнинг хар хил кимёвий отишмалар давомида иммунитети пасайиб кетгани "Испанка"ни пайдо бўлишига олиб келган. Ҳиндистон армиясининг 22% бу касалликка чалинган ва жуда кўп инсон оламдан ўтган.

Хулоса шуки, маълумотларни ўрганиш давомида инсон ҳаётда яшар экан, у ўз умрини доимий равишда профилактик чора тадбирлари билан биргаликда эзгу ишларга бағишлаши зарарлигини ўрганилди. Ўқиб, изланиб, яратувчилик асосида чексиз ихтиролар кашф этилгандагина, инсоният ҳаёти турли иллатлардан ҳоли бўлиши муқаррар.

БОЛАЛАРДА ФОН КАСАЛЛИКЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М.
Факультет педиатрия ва неонатология кафедраси

Ҳозирги даврда фон касалликлар (рахит, аномалия конституция, анемиялар, ООЭЕ (озиқланишни оқсил энергетик етишмовчилиги) гиповитаминозлар,) муаммосида илмий ва амалий салоҳият касб этадиган мухим масала бўлиб барвақт ташҳислаш ҳамда ўз вақтида даволаш муаммоларини бошлаш ҳисобланади. Аксарият болаларга ташҳис нофаол йўл билан, яъни қачонки улар даволаш муассасаларига оғир шикоятлар билан мурожаат қилганларида қўйилади ёки маълум даражада кучайган ва ўтказаётган вақтларида ташҳисланади. Бундай шароитда тобора авжланиб бораётган ҳавфли асоратларни тўхтатиб қолиш имконияти камаяди ёки чўзилишига сабаб бўлади. Номуқобил ҳолатларни аниқлашга асосланган фаол ташҳисот эса – аксинча, фон касалликларни илк ривожи ва авжланиши босқичларини аниқлашга ҳамда ижобий натижаларни бўлишига имкон туғдиради. Шунинг учун ҳам фон касалликларини фаол ташҳисотига асосланган профилактикаси технологияларини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш замонавий фаннинг ўта долзарб муаммоси бўлиб ҳисобланади.

Шу билан бирга мавжуд адабиётлар таҳлили кўрсатадики, мазкур мазмундаги тадқиқотлар маҳсус эпидемиологик ёндошувлар халқаро андозаларга мос тарзда ташкил қилинмаган ёки олинган натижалар эскириб қимматини йўқотганлар.

Профилактик амалиётни фон касалликлари муаммоларини ечишдаги мухим аҳамияти яна шундаки, турли дори-дармонлар билан даволаш усуллари ҳанузгача кам самарали ва бундан ташқари, уларни келтириб чиқарувчи хатарли омиллар тобора кескинлашиб кўпайиб бормоқдалар, уларнинг янгилари пайдо бўлмоқда ёки муаммолари тадқиқотчилар эътиборларидан четда қолиб келмоқда. Бундан ташқари ҳозиргача фон касалликлар муаммоларини ечишга қаратилган маҳсус профилактик дастурлар тўлиқ ва етарли яратилмаган, популяция даражасида амалга оширилмаган.

Демак, айнан мазкур фикрларни тасдиқловчи исботий натижалар амалий тиббиётнинг бошқа бўлимларида, ҳам мамлакатимиз кўламида ва ҳам узоқ хорижий давлатларда, охирги йиллардаги ўтказилган эпидемиологик ва эксперименталь профилактик тусдаги тадқиқотлар сабаб бўлиб олинганлар; қатор хатарли омиллар тасдиқланганлар ва бунданда илгари кетиб – уларда муайян хатарли омилларни меъёрлаштириш орқали болалар орасида касалланишларни ва улар билан боғлиқ асоратларни кескин камайтириш имкониятлари борлиги исботлаб берилган. Профилактик тиббиётнинг кириб келиши ва ривожи билан бир вақтда, барча мутаҳассисликларда ва жумладан, педиатрларда ҳам, янги муаммолар пайдо бўлиб келмоқда.

Тадқиқот натижалари бўйича илк бора Фарғона водий минтақаси учун метеопрогнозлашга асосланган бирламчи ва иккиламчи профилактика модели фон касалликларга яратилган ва кенг қўлланишга тавсия этилишига қарамай, болалар орасида учраб туриши, бу касалликларга чора-тадбирларини аҳоли ўртасида кенг тарғибот этиш ҳамда профилактик чора тадбирларга мухтож оилалар билан мунтазам боғликлик режаларини тузиш мувофиқдир .

Фон касалликларини ўрганишда клинико-метеорологик текширувларни самарали усуллари ишлаб чиқилди, қўлланилди ва ҚВП/ШВП, амбулатория ҳамда поликлиникаларда ва диспансерларда бевосита фойдаланиш учун амалиётлантирилди.

Тадқиқот натижалари асосида аниқ илмий далиллар бўйича ишлаб чиқилиб тавсия этилган прогнозлаш ва ЖССТ тавсия этилган жадваллари, шифокорларни метеотафаккурлашга асосланган фаолиятга ўргатиш ва бу тиббий-иқтисодий самара берувчи метеопрофилактикани кенг жорий этилишига олиб келади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРГА ДАВО ЧОРАЛАРИ

Махмудова Б.Ш., Фозилжонова Нодира

Инсоният асрлар давомида яшаш учун курашиб, ўлимга олиб келувчи ҳолатларга қарши доимо курашиб келганлар. Ўлимга олиб борувчи касалликлардан кўпчилигига даво топилгани сабабли ҳозирги кунгача ҳаёт бор. Бундай касалликлардан бири ўлатдир. Манбаларда таъкидланганидек, ўлат (1340-1771). Бутун дунёдан 75 миллион одамнинг ўлимига сабабчи бўлган Бу бошқа касалликлардан кўра қадимийроқ бўлиб у эрамиздан олдинги I-II асрга бориб тақалади. Бу касаллик 551-580 йилларда Шарқий Рим ва Яқин Шарқни босиб олди. Бу касалликдан 20 миллиондан ортиқ одам халок бўлди. 1090 йил Киевда 2 ҳафта ичида 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 ўлимига сабабчи бўлди. Бу касалликнинг сўннги бемори маълум бўлишича 2002 йил АҚШда топилган. Баъзида жойларда ўлатни тарқалишига мушуклар хам сабабчи бўлганлар. Шунча одамнинг ҳаётига зомин бўлган бу касаликни 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, буни 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 касаликка чалинганлар маълум бўлган. Лекин, афсуски шундай инсонлар бор эканки, ўзини бу касалликка чалинганини билмас экан. Шу сабабли ҳам бу касаллик ҳозирда қанчага етганини аниқлаб бўлмайди. Аслида бу касалликни пайдо бўлишига келсак бир гуруҳ ҳарбийлар самолёти халокатга учрагани туфайли Африканинг одам оёғи етмаган оролларидан бирида қолиб кетишади ва ўрмонда бошпана қилишади. Улар маймунлар терисини шилиш пайтида уларнинг қонидан юқтириб оладилар. 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.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ВЫБОР РЕБЕНКА В ОТНОШЕНИИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Махмудова М.С., Эм А.В.
Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Актуальность. Мировоззрение ребенка в годы взросления может иметь большое значение в формировании индивидуальной личности. Одним из множества событий является посещение стоматолога, который, к сожалению, часто изображается в детской карикатурной форме как зубные щипцы, вызывающий боль. Большинство детей отказываются сотрудничать во время стоматологической процедуры, и иногда с ними очень трудно справиться в стоматологической клинике. Эти трудности связаны не только с механическими манипуляциями, но и с эмоциональным стрессом, который испытывает ребенок. Некоторые из распространенных эмоциональных переживаний, с которыми сталкивается ребенок во время стоматологического лечения - это тревога и страх, которые могут иметь свои корни в предыдущем травматическом опыте в стоматологическом кабинете или госпитализации по другим причинам. Стоматологическая тревога и страх перед лечением у детей признаны во многих странах дилеммой общественного здравоохранения. Детскому стоматологу важно установить дружеские отношения с детьми, чтобы бороться со страхами и проводить эффективное и действенное лечение. Установление прочного взаимопонимания с ребенком при первом посещении помогает создать комфортную атмосферу, в которой ребенок не чувствует угрозы. Элементы окружающей среды, вызывающие положительные эмоции, могут уменьшить беспокойство. Вместо того, чтобы взрослые выбирали стоматологическую среду для детей, полезно принимать их предпочтения и выбор того, что им нравится в качестве пациентов. Таким образом, это исследование было проведено, чтобы определить предпочтения и выбор детей в отношении детской стоматологической среды.

Цель исследования: Целью этого исследования было определить предпочтения детей в стоматологической клинике, чтобы уменьшить беспокойство во время стоматологических процедур. А также улучшить связь между врачом стоматологом и пациентом. В данном исследовании использовалась методология опроса.

Материалы и методы: Анкета была разработана для оценки предпочтений ребенка в стоматологической больнице, чтобы снять беспокойство во время стоматологической процедуры. Это исследование проводилось с участием 50 детей в возрасте 6–10 лет. Дети были отобраны случайным образом на основе их первого посещение стоматолога в государственной поликлинике. Перед началом исследования было получено информированное согласие родителей каждого ребенка. Анкета из 10 пунктов для самостоятельного заполнения была разработана для сбора данных о выборе и предпочтениях ребенка в стоматологической клинике. К ним относятся цвет стен, дизайн на стенах, наличие игрушек, ароматизированная операционная, музыка и вид музыки, пол врача, цвет врачебной формы, просмотр мультфильма во время стоматологической процедуры и присутствие родителей во время лечения. Эти анкеты были розданы детям при их первом посещении стоматолога после клинического осмотра. и перед клинической процедурой на стоматологическом кресле, поскольку они могут видеть все, что они предпочитают в операционной. Анкеты были собраны и переданы в слепую статистику для анализа результатов.

Результат: Всего 50 детей (29 мальчиков и 21 девочка) в возрасте 6–10 лет, средний возраст 8,1 ± 1,17 года, заполнили и вернули анкеты. Почти 76% детей предпочли рисунки из мультфильмов на стенах стоматологического кабинета; 82% предпочитают игрушки в стоматологическом кабинете; 94% предпочли ароматную операционную; 96% предпочли слушать музыку, а в ответ на конкретный вопрос 64,6% предпочли рифмы. Около 88% детей хотели, чтобы врач объяснил им процедуру перед ее началом. Около 76% хотели посмотреть мультфильм во время стоматологической процедуры, а 68% - в присутствии родителей. При гендерном анализе, в котором существенная разница существовала только в предпочтениях врача: 26 детей мужского пола предпочли, чтобы их лечил врач-мужчина, а из 21 женщины 14 предпочли, чтобы их лечил врач-женщина. Остальные вопросы не показали статистически значимых различий с точки зрения пола.

Вывод: Результаты настоящего исследования помогли стоматологической бригаде принять решение о подходящем дизайне детской стоматологической операционной и подготовить комфортную стоматологическую среду, которая снизит тревожность у детей и улучшит качество медицинской помощи. Цель выявления симпатий и антипатий в ребенке - создать среду, в которой детям будет комфортнее, и улучшить качество посещений стоматолога. Цвет играет важную роль в жизни ребенка. Окружающая среда ребенка, которая включает одежду, что он носит, игрушки, с которыми он играет, и другие домашние вещи, передают множество психологических сигналов через цвета. В этом исследовании было замечено предпочтение стен с мультяшным дизайном, а также, чтобы клиника была везде украшена игрушками. Это открытие может быть связано с комфортом, который создает украшенная клиника, или с тем отвлечением, которое она вызывает у ребенка во время стоматологического лечения. Ароматерапия широко известна как

метод снятия стресса, так как ее использование может снизить уровень кортизола в слюне и частоту пульса. В этом исследовании большинство детей предпочли ароматизированный стоматологический кабинет. Большинство респондентов предпочли слушать музыку в стоматологическом кабинете, что является статистически значимым. В медицинских условиях исследования показали, что пациенты дневной хирургии, которые слушают музыку во время предоперационного ожидания, имеют более низкий уровень беспокойства. Но в отношении детских стоматологических пациентов были получены противоречивые результаты, при этом некоторые исследования показали, что музыка, используемая для отвлечения внимания, не приводила к уменьшению боли, беспокойства или нежелания сотрудничать во время стоматологического лечения. Просмотр мультфильмов во время стоматологической процедуры - это способ отвлечься. В этом исследовании большинство детей предпочитали смотреть мультфильмы во время стоматологической процедуры.

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Махпиева Г.К., Азизова Н. Д., Шамсиев Ф. М
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из основных компонентов, а также факторов риска развития ожирения является характерный спектр липидных нарушений крови, и в частности, уровня триглицеридов и снижение фракции липопротеидов высокой плотности. На фоне ожирения, прежде всего висцерального, часто в детском возрасте развиваются инсулинорезистентность и гиперинсулинемия, которые в длительное время могут быть начальными и нередко единственными проявлениями метаболического синдрома (МС). В связи с чем, в педиатрической практике случаи обнаружения, а коррекция имеющейся инсулинорезистентности у детей с ожирением проводится не всегда. Современные представления об ожирении позволяют сказать, что бороться с метаболическими нарушениями необходимо уже на стадии избыточного веса

Возрастание жирных кислот в печени ведет к повышению уровней ТГ, холестерина фракции, липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ЛПНП и ЛПОНП) и к снижению уровня холестерина (ХС) высокой плотности (ЛПВП).

Поэтому наличие у больного характерных нарушений липидного обмена также может являться дополнительным доказательством патологического действия ИР в организме. В связи с этим изучаемая проблема считается актуальной и своевременной.

Цель исследования. Изучение особенностей липидного спектра у детей с ожирением.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ параметров липидного спектра крови (ТГ, холестерина, ЛПВП и ЛПНП) у детей с ожирением и нормальной массой тела. Исследования проводились в двух группах: 1 – основная группа – 33 наблюдений и 2 – контрольная группа – 20.

Результаты исследования. Установлено относительное снижение антиатерогенного класса липопротеидов и повышения атерогенного индекса, отражают тенденцию к формированию дислипидемии при ожирении, как во взрослом, так и в детском возрасте.

В основной группе различные изменения липидного спектра определялись в 54% случаях. В контрольной группе количество детей имеющих липидные нарушения, было меньше, всего 27%, однако достоверности различий не получено (P=0,31).

По мере нарастания массы тела все больше прослеживалась тенденция к снижению концентрации ЛПВП, а значимость различий с контрольной группой возрастала. Тем самым сравнительный анализ исследуемых параметров жирового спектра крови у детей с нормальным весом и с разными степенями избытка массы показал обратную зависимость уровня ЛПВП от массы тела.

Наиболее выраженные отличия в содержании липидов крови были выявлены при сравнении подгрупп детей с абдоминальным ожирением. В этой группе имелись статистически значимые различия в виде повышения уровней триглицеридов и снижения концентраций ЛПВП по сравнению с группой контроля.

Таким образом, среди детей с ожирением выраженность изменений липидного спектра крови зависела в большей степени от характера ожирения, чем от избытка массы тела. Учитывая характер липидных изменений (повышение ТГ и снижение ЛПВП) и выраженную связь с секрецией инсулина, можно заключить, что уже в детском возрасте формирование ожирения и, в частности, его абдоминальной формы сопровождается характерным для состояния инсулинорезистентности нарушением метаболизма жиров.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Махпиева Г.К.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний среди детей. К сожалению, в настоящее время остается достаточно распространенной поздняя диагностика БА. По мнению ведущих специалистов, начало БА у детей, в большинстве случаев, приходится на ранний возраст. Установлено, что более половины случаев персистирующей БА дебютирует в возрасте до 3 лет и 50-80% случаев до 6 лет.

Диагностика БА в раннем возрасте является сложной задачей, поскольку клинические проявления при данном заболевании неспецифичны и отмечаются при различных заболеваниях. Кроме того, первые симптомы обычно впервые манифестируют на фоне вирусной инфекции, что затрудняет своевременную верификацию диагноза.

Цель исследования. Цель настоящего исследования заключается в разработке метода диагностики бронхиальной астмы у детей на амбулаторном этапе на основе создания электронной компьютерной программы.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задания мы выбрали 200 детей с историей бронхиальной астмы и ожирения.

Результаты исследования. Условиями поддержания такого воспаления и его дальнейшего усиления могут быть: вовлечение в данный процесс больших объемов жировой ткани; участие в нем факторов врожденного и адаптивного иммунитета. При этом формирование, течение БА у детей, выраженность аллергического воспаления в легочной ткани и степень бронхиальной гиперреактивности существенно зависят от выраженности гиперплазии жировой ткани и активности воспалительного процесса в ней.

БА и ожирение — заболевания, формирующие в организме устойчивый воспалительный процесс. В первом случае более локальный, сосредоточенный преимущественно в стенках дыхательных путей, во втором случае — более распространенный, влияющий на многие органы и системы.

Масса жировой ткани у ребенка является одним из факторов тяжелых неконтролируемых, резистентных к терапии форм БА у пациентов, страдающих ожирением с детства.

Можно выделить эндотип бронхиальной астмы — БА + ожирение, который характеризуется: более поздним дебютом заболевания; выраженной гиперреактивностью бронхов; преобладанием Th1-Th17 иммунного ответа; неконтролируемым течением; торпидностью к терапии ИГКС; высокими дозами ИГКС, необходимыми для достижения контроля над заболеванием; улучшением ответа на терапию ИГКС на фоне потери МТ и применения витамина Д.

Вывод. Установлено, что в амбулаторной практике у детей имеет место запаздывание постановки диагноза БА. Показано, что наибольшие затруднения в диагностике болезни испытывают педиатры амбулаторно-поликлинического этапа.

Использование в практической медицине электронной компьютерной программы «Диагностика бронхиальной астмы у детей» улучшает диагностические возможности как педиатров, так и аллергологов-иммунологов и помогает своевременно верифицировать БА у детей с повторными эпизодами бронхиальной обструкции и факторами риска.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Махпиева Г.К.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) и ожирение относятся к числу широко распространенных заболеваний, представляющих значительную медикосоциальную проблему. Исходя из оценок ВОЗ, количество больных астмой в мире составляет 334 миллионов человек. ожирение имеют около 300 - 475 млн. человек.

Ожирение повышает риск развития БА и ухудшает контроль над заболеванием. Оба патологических процесса имеют хроническое течение и являются многофакторными по своей природе. Многие исследователи в последнее время выделяют фенотип БА в сочетании с ожирением.

В современных технологиях реабилитации пульмонологических больных важное место уделяется комплексному санаторно-курортному лечению. Оно является значимым этапом медицинской реабилитации

больных Б А. Однако, в действующих рекомендациях, как правило, не учитывается наличие сопутствующего ожирения, которое может снижать эффективность проводимых процедур, препятствуя достижению полного контроля над астмой.

Цель исследования. Установить клинико-функциональные и иммуно-метаболические особенности бронхиальной астмы с ожирением и патогенетически обосновать применение транскраниальной электростимуляции для оптимизации санаторно-курортного лечения пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. В работе использована методология научного познания, основанная на системном подходе с применением формальнологических, общенаучных и специфических методов.

Работа выполнена в дизайне комплексного исследования, включающего ретроспективный анализ эффективности лечения коморбидной патологии и проспективного сравнительного исследования лечебных эффектов ТЭС-терапии с последующей математической обработкой данных.

Использованы клинико-функциональные, биохимические, цитометрические, иммунноферментные, спектрофотометрические методы исследования.

Для анализа результатов применены методы описательной, сравнительной непараметрической статистики с определением выраженности взаимосвязей изучаемых факторов.

Результаты исследования. Изучение показателей системы иммунитета у больных БА с ожирением при сравнении с больными БА нормальной массы тела, нами установлено увеличение уровней лимфоцитов на 23%, Т-лимфоцитов – на 13%. У больных с ожирением отмечена тенденция к повышению уровней Т-хелперов (CD4) и Т-супрессоров (CD8); и значимое повышение иммунорегуляторного индекса на 10%. По сравнению с контрольной группой у больных БА с ожирением изменений в состоянии клеточного иммунитета не выявлено.

В группе больных БА с НМТ, относительно контрольной группы, был выявлен сниженный уровень лимфоцитов на 15%, за счет снижения популяции Т лимфоцитов на 21%, а в частности Т-хелперов – на 14% (таблица 3.3.1). По данным исследований, БА характеризуется увеличением Т-хелперов, обусловливающих Th-2 аллергическое воспаление и присутствие атопии. Сниженный уровень лимфоцитов был зарегистрирован при БА в стадии ремиссии с полным или частичным контролем над заболеванием. В исследовании не учитывались показатели больных средней и тяжелой степени БА неконтролируемого течения, что могло обусловить полученные значения клеточного иммунитета. Значимого отличия в значениях между сравниваемыми группами не выявлено.

Маркеры CD22, используемые для идентификации В-лимфоцитов, у больных БА с ожирением были повышены на 20% по сравнению с больными НМТ и на 32% по сравнению с контрольной группой. В группе больных БА с НМТ уровень CD22 был повышен по отношению к контрольному на 14%. Значимого отличия маркеров CD16 (нормальных киллеров) между сравниваемыми группами не выявлено.

Полученные данные свидетельствуют о преимущественном увеличении у больных БА с ожирением В-лимфоцитов, которые являются эффекторными иммуно-компетентными клетками, принимающими участие в формировании гуморального иммунитета, обусловливающих В-клеточную иммунологическую память и гиперчувствительность немедленного типа.

Повышение показателей Т-клеточного иммунитета у больных БА с ожирением, относительно супрессированных при БА с НМТ, не превышало контрольных значений, что указывало на отсутствие эозинофильного воспаления в целом и аллергического воспаления в бронхах в частности и, вероятно, было связано с отсутствием в исследуемой выборке средней и тяжелой степени БА неконтролируемого течения.

Проведенный корелляционный анализ выявил среднюю прямую зависимость уровня популяции Т-лимфоцитов (CD 3+) и субпопуляции Т-хелперов (CD4+) от параметров ОТ, ОБ, КЦЖ (таблица 3.3.2); умеренную прямую связь уровня В-лимфоцитов (CD22+) с ОТ и сильную прямую с ОТ/ОБ. Данные корреляционные зависимости свидетельствуют о повышении активности механизмов воспаления при централизации жироотложения.

Вывод. Установлено противовоспалительное действие ТЭС-терапии в комплексном санаторном лечении больных БА с ожирением, которое характеризуется снижением регуляторной и провоспалительных фракций цитокинов (ИЛ-2 на 44%, ИЛ-6 в 2,5 раза) и цитокиновых индексов (ФНО-а/ИЛ-10 в 2 раза и ИЛ-6/ИЛ-10 в 2,5 раза); уровня лептина в 5,3 раза и индекса лептин/адипонектин в 5,4 раза.

Применение ТЭС-терапии способствует положительной динамике параметров функции внешнего дыхания (увеличение ЖЕЛ на 17%, ОФВ1 на 36%, индекса ОФВ1/ФЖЕЛ на 25%, ПСВ - на 27%) и достижению полного контроля над заболеванием; уменьшению массы тела и абдоминального жироотложения, снижению атерогенности крови.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Махсудова Х.Ф.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Внутриутробные и неонатальные инфекции являются самой частой причиной смертности новорожденных детей. Большие младенческие потери от ВУИ диктуют необходимость разработки эффективных методов профилактики, прогнозирования реализации ВУИ у новорожденных детей на ранних стадиях для создания условий благоприятного исхода заболеваний.

Несмотря на имеющиеся разработки по прогнозированию ВУИ, остается немало дискуссионных вопросов о применении клинико-организационных моделей с использованием математического моделирования в прогнозировании развития и исходов внутриутробных инфекций на основании изучения состояния биологической системы «мать-плацента-плод-новорожденный ребенок».

Цель исследования. Разработка алгоритма определения длительности антибактериальной терапии у недоношенных младенцев при инфекционно-воспалительных заболеваниях с использованием количественного прокальцитонинового теста (ПКТ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 34 недоношенных ребенка (ГВ 28–32 нед., МТ при рождении 750–2000 г); у 15 имела место врожденная пневмония, у 10 - начальная стадия НЭК, у 9 - бактериальная инфекция с неуточненным очагом.

У всех пациентов выполнено полное клинико-лабораторное обследование, включающее двукратную оценку общепринятых маркеров воспаления (СРБ, лейкоцитоз) и дополнительно количественное определение ПКТ (нг/мл).

Результаты исследования. Значительное повышение уровня лейкоцитов в крови

(28 10 9/л) отмечалось у большинства пациентов с пневмонией и НЭК. Выявлена корреляция динамики улучшения клинического состояния и снижения лейкоцитоза. У 5 из 15 детей с врожденной пневмонией на фоне благоприятной клинической динамики сохранялся повышенный уровень СРБ, но показатели ПКТ не превышали 0,5 нг/мл, что позволило решить вопрос о де-эскалации антибактериальной терапии.

В то же время стабильно повышенный уровень ПКТ у детей с НЭК (0,5–1,5 нг/мл) явился основанием для продолжения антибиотикотерапии с учетом чувствительности выделенной флоры. У 90% детей с неуточненными очагами инфекции при двукратном исследовании уровень ПКТ не превышал 0,5 нг/мл, что позволило отменить стартовую антибиотикотерапию.

Вывод. Использование количественного теста ПКТ при оценке степени активности воспаления у недоношенных детей с бактериальными инфекциями позволяет определить оптимальную продолжительность антибактериальной терапии, что препятствует селекции резистентной флоры в неонатальном стационаре.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Махсудова Х.Ф.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Существуют 2 принципиальных подхода к коррекции гипергликемии недоношенных детей, получающих внутривенную дотацию глюкозы. Первый - снижение скорости поступления глюкозы. Однако это является краткосрочным решением, поскольку снижение дотации приводит к уменьшению калоража. Второй метод - инсулинотерапия. Показано, что ранняя инсулинотерапия ассоциируется с более высоким риском развития гипогликемии.

Цель исследования. Оценить целесообразность назначения инсулина при гипергликемии у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 68 новорождённых детей с очень низкой массой при рождении 1326 ± 119,8 г и гестационным возрастом 29 ± 1,1 недель. У всех детей в раннем неонатальном возрасте отмечалась гипергликемия: (9,3–10,2 ммоль/л; глюкозурия - 0,2–0,5 ммоль/л).

Результаты исследования. У всех новорождённых отмечались такие нарушения неонатальной адаптации как синдром дыхательных расстройств и церебральная патология. По поводу гипергликемии 45-и новорождённым был назначен инсулин. Остальные 23 ребёнка инсулин не получали.

Определение уровня глюкозы крови проводилось глюкозооксидазным методом с помощью набора «Фотоглюкоза». Принцип метода основан на окислении -D-глюкозы кислородом воздуха при

каталитическом действии глюкозооксидазы. Уровень глюкозурии определялся калориметрическим методом по Альтгаузену.

В группе детей, получавших инсулин, калораж увеличился с 38 ± 30 до 68 ± 19 ккал/кг/сутки. У детей без инсулина калораж составил 39 ± 21 ккал/кг/сутки. Сроки достижения массы тела при рождении в группе детей, получавших инсулин - 10 ± 5 дней, без инсулина - 11 ± 6 дней. Уровень гликемии всех новорожденных стабилизировалось на 10–13 сутки жизни. У 16 детей (9 — с инсулином и 7 — без инсулина) были обнаружены внутрижелудочковые кровоизлияния 2 и 3 степени. Все дети были переведены на самостоятельное дыхание в возрасте 10 ± 3 дней.

Вывод. Гипергликемию у новорожденных детей с очень низкой массой тела следует рассматривать как транзиторное состояние. Назначение инсулина нецелесообразно.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Махсудова Х.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время проблема недоношенных детей является актуальной во всем мире. Достижения неонатальной медицины, стремительно развивающейся последнее десятилетие в нашей стране (а за рубежом – с 1970-х годов), привели к значительному повышению выживаемости недоношенных детей. По данным литературы, частота преждевременных родов в различных странах составляет от 5 до 12,3 %.

Благодаря внедрению интенсивных технологий уход за недоношенными младенцами в данной области достигнуты огромные успехи, но одновременно с достижениями появились и новые вопросы: состояние здоровья и развития недоношенных младенцев и качество их жизни. Так, состояние здоровья недоношенных детей раннего возраста характеризуется худшими показателями, чем здоровье их доношенных сверстников. Гестационный возраст при рождении является значимым предиктором отклонений в состоянии здоровья недоношенных детей дошкольного возраста.

В настоящее время появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что недостаточное физическое развитие детей, родившихся преждевременно, на этапе стационарного лечения могут оказаться причинами развития в дальнейшем различных заболеваний.

Именно поэтому оценка состояния здоровья у недоношенных детей к моменту выписки из стационара приобретает особую важность для определения прогноза их дальнейшего развития.

Цель исследования. Изучение показателей заболеваемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в течение первых трех лет жизни.

Материалы и методы исследования. В городском неонатальном отделение катамнеза недоношенных детей города Андижан под наблюдением находится 213 детей. Вес при рождении составляет 1500 грамм и менее в возрасте от 4 месяцев до 3 лет, из них 59 детей первого года жизни.

Результаты исследования. Проведен анализ течения беременности и заболеваемости глубоконедоношенных детей. Анализ показал, что 89 (41,8%) детей имели малый вес к сроку гестации при рождении. От многоплодной беременности родилось 28 (13,1%) детей. С диагнозом бронхолегочная дисплазия наблюдается 135 детей, при этом явления хронической дыхательной недостаточности отмечаются у 17 (28,8%) детей первого года жизни, и 5 (3,2%) второго года.

Перинатальные поражения центральной нервной системы в форме грубой задержки психомоторного развития диагностируются у детей 34 (15,9%) детей. Снижение физического развития отмечено у 19 (32,2%) детей до года и 37 (24,3%) в последующем. Ранняя анемия недоношенных на первом году жизни регистрировалась у 59,3% (35), уменьшаясь до 9,1% (14) с 1 до 3 лет. Ретинопатии недоношенных тяжелой степени отмечались у 21,1% (45) детей.

Выводы. Таким образом, у глубоко недоношенных детей в раннем возрасте наиболее часто отмечаются бронхолегочная дисплазия, анемия, гипотрофия, перинатальная патология центральной нервной системы. Динамическое наблюдение за такими детьми в самые первые годы жизни позволяет контролировать имеющиеся отклонения, своевременно проводить корригирующие мероприятия.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У МЛАДЕНЦЕВ: АЦИНАРНАЯ, АЛЬВЕОЛЯРНАЯ И АЛЬВЕОЛОКАПИЛЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ

Махсудова Х.Ф.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современное определение бронхолегочной дисплазии (БЛД) очертило критерии диагностики. БЛД - диффузное паренхиматозное заболевание легких преждевременно рожденных детей с острой дыхательной недостаточностью в неонатальном периоде, которым проводилась искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и/или кислородотерапия более 28 дней жизни.

Цель исследования. Совершенствование диагностики интерстициальных болезней легких у детей с использованием современных дифференциально-диагностических критериев.

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. Основную группу составили 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, 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 во всех анализах крови. Особенностью гиперчувствительного пневмонита у детей является сенсибилизация к грибковым аллергенам.

При интерстициальных болезнях легких у детей имеется сходная рентгенологическая картина. Она характеризуется 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, У-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 змфизематозно-буллезного вздутия с тенденцией к формированию картины сотового легкого.

Выводы. 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

Махсудова Х.Ф.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на все многообразие нозологических форм хронических неаллергических заболеваний у детей, в основе их патогенеза лежит цитокин-опосредованный процесс воспаления, в котором бактериальная инфекция является инициирующим фактором. Исходя из этого, одной из основных задач лечения хронических неаллергических бронхолегочных заболеваний у детей является воздействие на инфекционно-воспалительный процесс в бронхах пораженного легкого. Микробиологические исследования являются основополагающими при определении показаний к антибактериальной терапии.

По данным многих исследователей, у пациентов с хронической неаллергической патологией легких, серьезным препятствием на пути проведения эффективной антибактериальной терапии является нарастающая полирезистентность возбудителей, что связано с частым и нерациональным применением антибактериальных препаратов у данной категории больных. Все выше перечисленное диктует необходимость постоянного изучения меняющейся чувствительности бактериальной флоры к антибактериальным препаратам с целью своевременной модификации схем для эмпирической антибактериальной терапии.

Цель исследования. Установить клинико-эпидемиологические, этиологические особенности и закономерности изменений продукции цитокинов и факторов неспецифической резистентности у детей с хроническими воспалительными заболеваниями легких.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью и задачами работы исследование проводилось в четыре этапа. I группа - это пациенты с инфекционно-воспалительным процессом, сформированным на интактном легком. Их 29 больных (49,1%). II группа (30 больных 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 при относительном росте 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 в 2 гр. и соответственно 2,28+0,047 в I г.(p=0,01), признаки хронической гипоксии (в т.ч., отставание в физическом развитии (70,1% случаев в 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 I гр.) и интеркуррентные заболевания, в т.ч. синуситы (33,3% случаев в II гр. и соответственно в 17,2% случаев 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 врождённого 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).

Выводы. Определение распространенности ХВЗЛ в регионе позволяет совершенствовать организационные и методические мероприятия по оказанию медико-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.

Выявленные особенности иммунологических показателей у больных ХВЗЛ позволят индивидуализировать терапевтические походы и диспансерное наблюдение.

PREVENTION MEASURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS ON THE BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS

Mirzaabdullahozhiyeva O.U., Zufarova Sh.A.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

Relevance. To date, there are no sufficiently reliable comprehensive studies of the nature of changes in the immune status in pregnant women with both acute and chronic forms of hepatitis B and HS; publications on this topic are few. The issue of the tactics of treating hepatitis B and C during pregnancy in order to prevent complications of the course of pregnancy, as well as childbirth and the postpartum period has not been resolved. To address these issues, we consider it important to study the nature of changes in the immune system of pregnant women against the background of HS and HS, their severity depending on the gestational age.

The revealed violations can be used as criteria for determining rational therapeutic tactics in pregnant women with HBV and NSU infection.

These provisions indicate the feasibility and relevance of this study, which is important for the practice of both obstetricians-gynecologists and infectious disease doctors.

Purpose of the study. To improve the tactics of managing pregnant women with hepatitis B and C on the basis of the identified pathogenetic mechanisms of the mutual influence of HBV and NSU infection and pregnancy.

Material and research methods. We examined 401 women of reproductive age with hepatitis B and HS, which were divided into two groups. The main group is 201 pregnant women with hepatitis B and C (of which 69 with HBV, 51 with CHB and 81 with CHC), the comparison group is 200 non-pregnant women with HB and HC (73 with HBV, 54 with CHB and 73 with CHC) As a control group, 47 healthy pregnant women were examined.

Research results. The course of pregnancy with HBV and NSU infection is complicated more often than in the control group: by the threat of termination of pregnancy by 1.6 times; gestosis by 1.7 times; fetoplacental insufficiency 2.3 times; premature birth 4.1 times. The peculiarities of childbirth in this pathology were the high frequency of premature rupture of amniotic fluid - up to 39.5%, bleeding in the early postpartum period - up to 5.9%, which exceeds the indicators in the control group by 2.3 and 2.8 times, respectively.

The course of OHS against the background of pregnancy is characterized by the predominance of cholestatic forms of the disease (in 63.8%), which is 4.2 times more often than in non-pregnant women, and by the frequent (in 26.1%) formation of a protracted course of the disease. The most severe course of the disease is observed in the third trimester of gestation.

The clinical picture of chronic forms of NVU and NSU infection in pregnant women compared with the control group has more varied and pronounced manifestations in the replicative phase of the disease, characterized by a predominance of asthenovegetative (in 93.8% with CHB and 97.2% with CHC), dyspeptic (in 87.5% with CHB and 72.2% with CHC) syndromes. Cholestasis syndrome is observed 2 times more often than in the control group (in 18.8% with CHB and 19.4% with CHC). Laboratory parameters in the HCG replication phase are characterized by a moderate increase in bilirubin, aminotransferase levels and dysproteinemia, the changes in which are most pronounced in the first and second trimesters of gestation.

In the structure of prenosological forms of dysfunction of the immune system in pregnant women with hepatitis B and HS, the most common infectious syndrome (44.9% with hepatitis B, 62.7%) with CHB and 66.7%) with CHC), in second place allergic (26 , 1%, 31.4% and 35.8%, respectively), 35.3% of pregnant women have two or more syndromes.

Immunological changes in pregnant women with OHV are cyclical. The period of the height of the disease is characterized by absolute T • lymphopenia with a predominant deficiency of T-cells of the helper type, the accumulation of pathogenic forms of the CIC, inhibition of phagocytic cells. Changes in humoral immunity are characterized by an increase in the level of B-lymphocytes, inhibition of IgA synthesis and an increase in IgM

content. The severity of these changes increases with the development of the gestational process and during the height of the disease is most pronounced in the third trimester.

In pregnant women with CHB and CHC, persistent T-lymphopenia is noted both due to cells with helper and effector phenotypes, a decrease in the phagocytic activity of neutrophils without significant changes in B-lymphocytes. These changes are observed in all trimesters, but are most pronounced in the I and II trimester. In addition, the higher the viral replication and the activity of the pathological process, the greater the degree of depression of the cellular link of immunity.

Treatment of pregnant women with HBV and HCV infection using Wobenzym® and Viusid, depending on the form and phase of the course of the disease, made it possible to improve the prognosis and shorten the duration of hospital treatment for HBV by 10.1 ± 1.2 days, its clinical effect in patients with CHB and CHC was 2.7 times higher compared with traditional therapy, and 33.3% of patients showed a significant decrease in the degree of disease activity. The therapy has a beneficial effect on the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period, significantly reducing the risk of their complications.

Conclusions. It is shown the aggravating effect of pregnancy on the course of hepatitis B and C, as well as the adverse effect of HBV and NSU infection on the course of pregnancy, childbirth and the postpartum period, which dictates the need for dispensary observation of pregnant women with hepatitis B and C by obstetricians and infectious disease specialists.

The study of the immune stagus is recommended as additional criteria for the activity of hepatitis B and C} in pregnant women.

Taking into account the data obtained on the effect of Wobenzym® and Viusida on the main pathogenetic mechanisms, it has been proven that these drugs are effective in the complex therapy of HBV and HCV infections in pregnant women and reduce the risk of complications of the gestational process.

Practical recommendations have been developed and implemented for the management of pregnant women with hepatitis B and C, depending on the phase of the course of the disease and gestational age.

CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C AND PREGNANCY: FEATURES OF THE COURSE AND PERINATAL OUTCOMES

Mirzaabdullahozhiyeva O.U., Zufarova Sh.A.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

Relevance. Treating chronic hepatitis B infection during pregnancy is challenging. Despite the ongoing immunization, a significant proportion of children born to mothers with high viremia become infected with the hepatitis B virus. The accumulated data suggest that antiviral therapy in the third trimester of pregnancy is an effective intervention in case of unsuccessful immunization. To minimize fetal exposure to nucleotide and nucleoside analogs, antiviral therapy during pregnancy should be administered to mothers at high risk of disease progression and / or decompensation of hepatitis B virus infection.

Purpose of the study. To study the features of the course of pregnancy, childbirth, intrauterine development of the fetus and newborns in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C.

Material and research methods. A retrospective analysis of 75 birth histories with chronic viral hepatitis B and C and 76 (one twins) newborn histories was carried out.

Results of the study. When analyzing the existing extragenital pathology, it was found that more than half of the women in the group (66.7%) were often ill in childhood and suffered several childhood infections. The most frequent, registered pregnant women were diagnosed with diseases of the cardiovascular system (vegetative-vascular dystonia, hypertension) - 15.9%, diseases of the digestive system (chronic cholecystitis, gastritis) -13.3%. Hepatitis A was diagnosed in 18 women (24%). When analyzing the awareness of women about the diagnosis of viral hepatitis B or C before pregnancy, only 19 patients (25.3%) from the entire study group knew about the existence of the diagnosis. According to the WHO, in developed countries, only 1 / 4-1 / 3 of young women are diagnosed with chronic GV before pregnancy [4, 5].

Reproductive function assessment data indicated an almost equal ratio of primiparous and multiparous - 45 (60%) and 30 (40%), respectively. It is noteworthy that there were only 24 patients (53.3%) among primiparous primiparous women; abortion by spontaneous miscarriage prevailed - 13.7% or medical abortion - 26.7%. The gynecological anamnesis was aggravated in every second patient, the most common were: inflammatory diseases of the pelvic organs - 18.6% of cases; sexually transmitted infections - 17.2%.

The peculiarities of the course of this pregnancy indicated that every second pregnant woman was not registered for pregnancy in the antenatal clinic (33, or 44%). In the patients of the study group, in most cases, pregnancy proceeded against the background of various complications. The most frequently encountered in the early stages: the threat of termination of pregnancy - 17.2% of cases, early toxicosis - 21 pregnant women (28%), anemia of pregnant women - 6 (8%) cases. An uncomplicated course of the first half of pregnancy was observed in 32

women (42.7%). The phase of exacerbation of viral hepatitis in the first half of pregnancy was not observed in any patient.

The second half of pregnancy proceeded against the background of the threat of termination of pregnancy in 10 (13.3%) patients, anemia was observed in 38.7% (29 women) of cases, moderate preeclampsia was detected in 25 pregnant women (33.3%). Disorders from the mother-placenta-fetus (hemodynamic disorders, intrauterine growth retardation (IGRP)) were diagnosed in 19 pregnant women (25.3%), polyhydramnios - in 6 (8%) patients, oligohydramnios - in 5 (6, 7%). Cholestasis was diagnosed in 2 women - 2.7%, exacerbation of HCV with worsening general condition was observed in 1 pregnant woman - 1.3%. In 16 (21.3%) women, the course of the second half of pregnancy was uneventful.

The data of serological and biochemical blood tests of the studied women showed that HBsAg was detected in 25 (33.3%) pregnant women, antibodies to viral hepatitis C were found in 49 (65.3%) women, HBsAg and antibodies to viral hepatitis were detected in 1 woman. C (1.3%).

Conclusions. Antiviral therapy in pregnant women remains challenging and requires an individual and detailed assessment of the risks of drug exposure to the fetus versus the benefits of treatment. The positive effects of antiviral therapy include a significant reduction in the incidence of hepatitis B virus transmission from the mother to the fetus in patients with high viremia, as well as the provision of therapeutic control of chronic hepatitis B as a prevention of the progression of liver fibrosis / cirrhosis. Finally, the use of antiviral therapy in combination with immunoprophylaxis of newborn children seems to be the optimal strategy for implementation as a universal program, since the success of such an intervention can significantly contribute to the achievement of the ultimate goal - the global elimination of viral hepatitis B.

МАРГИНАЛЬНОЕ ПАРОДОНТИТУ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Муйдинова Барно Аскаровна
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель работы. Выявить особенности клинического течения различных форм гингивита и их распространенность.

Материали и методы. Для разработки и внедрения программы профилактики стоматологической заболеваемости и уточнения расчетов нормативов потребности в стоматологической лечебно-профилактической помощи крайне необходимы сведения, характеризующие уровень и структуру стоматологических заболеваний среди изучаемых групп населения. Исходя из этого, мы провели стоматологическое обследование среди детей и юношей городского населения Узбекистана, разделенных на возрастные группы, рекомендованных ВОЗ.

Результаты. Уровень гигиенического воспитания детей младшего школьного возраста 6-9лет значительно ниже, чем у детей среднего 9-12лет и старшего (12 16лет) возраста, о чем свидетельствуют показатели индекса гигиены(ИГ): 3,2, 2,4 и 1,6 соответственно. Фиксируя данные ИГ отдельно по каждому зубу, был отмечен следующий факт: показатели ИГ на зубах с правой стороны несколько выше, чем с левой стороны. Этот факт можно объяснить так: основная масса людей прав ши и поэтому при чистке зубов левая сторона чистится лучше, чем правая. Средние значения индекса папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) составили: в возрасте 6-9 лет – 11%, 9-12 лет – 17%, 12-16 лет –24%. 40% обследован-
ных отметили периодически возникающую кровоточивость десен. Выявлены высокие показатели распространенности зубочелюстных аномалий: аномалии окклюзии – 58%,
нарушения зубных рядов – 25,3%, аномалии отдельных зубов – 8,4%. Влияние неблагоприятных общих и местных факторов привело к высокой распространенности кариеса у обследованных школьников (92%) и патологии пародонта (19% младшая
школьная группа, 46,1% средняя школьная группа и 68% у старших школьников). Установлено, что при общесоматических заболеваниях интенсивность заболеваний пародонта более выражена по сравнению со здоровыми и практически здоровыми
детьми. Основная выявленная патология тканей пародонта – катаральный гингивит. Однако, про сочетании общих и местных факторов риска развития, тяжесть течения воспалительного процесса заметно увеличивается и чаще встречаются тяжелые формы заболевания.

Выводы. На основании всего вышесказанного можно сделать вывод что распространенность заболеваний пародонта среди детей и подростков очень высока. Самым распространенным заболеванием является катаральный гингивит.

2.Самыми частыми причинами гингивита являются неудовлетворительное состояние гигиены полости рта у детей, невнимательное отношение родителей к гигиеническому воспитания ребёнка, наличие зубо-челюстных аномалий, а также наличие отягощенного общесоматического статуса, а также сочетание общих и местных факторов развития воспалительных заболеаний маргинального пародонта.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Д.Н.Муродиллаев, М.Ш.Ганиева,Н.М.Маджидова
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. При сравнительном анализе факторов риска развития инфекции мочевыводящих путей у детей раннего возраста со здоровыми детьми установлено, что некоторые критерии могут быть использованы для ранней диагностики микробно-воспалительных заболеваний органов мочевыводящих системы [1,2,3,4].

Цель исследования. Применение диагностических критериев для раннего выявления воспалительных заболеваний органов мочевой системы.

Материал и методы. Проведено отдаленное катамнестическое обследование 100 детей в возрасте 3-18 лет (70 девочек и 30 мальчиков), перенесших инфекцию мочевыводящих путейв первые три года жизни (10 детей до 6 мес, 20 детей с 6-12 мес, остальные дети с 12 мес до3 лет). Наряду с анализом анамнестических данных использованы клинико-лабораторные, рентгенологические и фенотипические методы обследования. В контроле были изучены 30 здоровых детей. Наибольшее значение для прогноза развития инфекции мочевыводящих путей в неонатальном периоде имеют следующие факторы: возраст матери, заболевания органов мочевыводящей системы у матери, у родственников по линии матери и отца, нефропатии беременных, угроз выкидышей, осложненное течение родов. В то же время такие факторы как пол ребенка, наличие P+ и NN антигенов эритроцитов не влияли на развитие инфекции мочевыводящих путей. Высокую прогностическую ценность имели заболевания органов мочевыводящей системы и родственников по линии матери и отца и позднего токсикоза и нефропатии беременных.

Результаты исследований. В процессе анализа исследований каждый признак оценивался в баллах и былоустановлено, что у 82% здоровых детей сумма баллов не превышала 11, в то же время как у детей перенесших заболевания в неонатальном периоде, 73% имели 25 и более баллов. Новорожденным детям с суммой информативных прогностических баллов >24, детям первого года жизни– с суммой >14 баллов и детям 2-3 года жизни с суммой >11 баллов целесообразно проведение профилактического клинико-лабораторного обследования (анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на стерильность, клинический анализ крови, УЗИ органов мочевой системы).

Выводы. Проведенный анализ позволил выделить наиболее информативные признаки развития инфекции мочевых путей. Использование бальной оценки этих критериев позволяет формировать группы риска возникновения инфекции мочевыводящих путей.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЖЕНЩИН С ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ

Нажмитдинова Д.А., Ахмедова Н.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственнқй медицинский институт

Введение. Понятие «трофобластическая болезнь» обобщает несколько связанных между собой форм патологических состояний трофобласта и включает в себя полный и частичный пузырный занос (ПЗ), инвазивный ПЗ, трофобластическую опухоль, способную к инвазивному росту и метастазирова-нию. Возникновение трофобластической болезни возможно при любой беременности, однако злокачественные ее формы чаще отмечаются после пузырного заноса

Цель исследования. Определить клинико-морфологические критерии ранней диагностики различных форм пузырного заноса для оптимизации лечения и профилактики.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с пузырным заносом и провели на них клинические наблюдения.

Результаты исследования. Частота пузырного заноса составляет 0,1% по отношению к общему числу женщин репродуктивного периода проживающих в городе Андижана. В структуре пузырного заноса различают: 67,2% случаев женщин с простым пузырным заносом, 26,6% случаев с пролиферирующей формой и 6,2% случаев с инвазивной формой пузырного заноса.

Факторы риска пузырного заноса являются возраст старше 30 лет (Se=93,6%, Sp-94,2%), частые аборты (Se=74%, Sp=70,8%), позднее менархе.

Клинически все формы пузырного заноса характеризуются кровянистыми выделениями (100%), болями внизу живота (19,2%), ранним токсикозом и лютеиновыми кистами (5,1%).

По данным УЗИ диагностическим критерием пузырного заноса является увеличение размеров и объема матки в 2 и более раза для данного срока гестации (P<0,001).

Прогностически значимым критерием диагностики ПЗ является увеличение уровня ХГЧ, онкомаркеров и снижение АФП в периферической крови (Se=77,7%, Sp=22,2%, ОШ=1).

Применения МВА в сочетании с монохимиотерапией антагонистом фолиевой кислоты является эффективным методом лечения различных форм пузырного заноса.

Вывод. Факторами риска развития пузырного заноса явились репродуктивный возраст женщин, позднее менархе, повторная беременность, группа крови, ранний токсикоз беременности, первичная плацентарная недостаточность.

Скрининг беременных женщин на ХГЧ, АФП и онкомаркеры в I триместре беременности позволяет выделить различные формы пузырного заноса, что в сочетании с УЗИ и инвазивными методами пренатальной диагностики дает возможность, своевременно выявить патологии гестационного процесса.

Применение мануальной вакуум аспирации и монохимиотерапии является эффективным методом лечения и профилактики пузырного заноса.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕВУШЕК ШКОЛЬНИЦ

Назаров Комил Дадаевич
ТМА Ургенч филиала

Актальность. Исследовалось влияние физической нагрузки на состояние вентиляционной функции легких у спортсменов. Показано, что у спортсменов и нетренированных лиц наблюдается разнонаправленная реакция системы дыхания на физическую нагрузку. У спортсменов после физической работы отмечается существенный прирост жизненный емкости легких и резервного объема вдоха, тогда как у нетренированных лиц жизненная емкость легких после нагрузки не изменяется, а прирост резервного объема выдоха сопровождается адекватным снижением резервного объема вдоха. После физической нагрузки у спортсменов наблюдается снижение скорости воздушного потока на уровне крупных бронхов, что компенсируется увеличением бронхиальной проходимости на уровне средних и мелких бронхов. Последнее обеспечивается в первую очередь усилием дыхательных мышц. У нетренированных лиц бронхоспастических реакций при физической нагрузке не выявлено, скорость воздушного потока возрастает на всех уровнях бронхиального дерева.

Цель исследования состояла в изучении влияния физической нагрузки на показатели функции внешнего дыхания у девушек школьного возраста различных типов конституции.

Материалы и методы. Работа выполнена при помощи антропометрического метода обследования 49-ти девушек (возраст 14-16 лет), которые являлись учащимися средне-образовательных учебных заведений. Показатели функции внешнего дыхания определяли при помощи полианализатора ПА-5-01. Испытуемый дышал в прибор через загубник, обработанный спиртом. Носовое дыхание исключали, используя зажим для носа. Для расчета должных величин у испытуемого проводили регистрацию в приборе его данных: пол, рост и возраст. После выбора методики «МОД» на экране прибора появлялись соответствующие показатели: дыхательный объём (ДО), частота дыхания (ЧД). Затем им предлагали выполнить 20 приседаний в течение 30 секунд. Сразу после выполнения нагрузки у обследуемого определяли ДО и ЧД. Разделительным порогом считали границы интервала +15. Для выделения крайних соматотипов (астеников и гиперстеников) использованы отношения суммы трех поперечных размеров - ширины плеч, грудной клетки и таза к длине тела, выраженное в процентах. Девушек с показателями меньше М-5 относили к астеническому (преобладание продольных размеров), больше М+5 к гиперстеническому (преобладание поперечных размеров) типам. Из групп исследуемых попавших в интервал +5, выделяются два переходных соматотипа: близкий к астеническому и переходный к гиперстеническому. При этом учитывается форма грудной клетки по отношению сагитального диаметра к поперечному (в процентах). Оставшиеся лица средней группы отнесены к нормостеническому типу.

В результате проведенного исследования было выявлено доминирование нормостенического типа конституции, который составил 70% от количества обследованных, гиперстеники - 16% и астеники - 14%. Самые высокие исходные показатели ДО наблюдались у гиперстеников, они приближались к верхней границе нормы и равнялись 0,57 л, у нормостеников и астеников эти параметры были несколько ниже и составили соответственно 0,36 л и 0,51 л. Наиболее высокая ЧД была отмечена у нормостеников 18, а у гиперстеников и астеников - 15. После физической нагрузки распределение по величине ДО и ЧД соматотипов, было такое же, как и в покое. В частности, наибольшее значение ДО было у астеников - 0,96 л, гиперстеников - 0,92 л и нормостеников 0,72 л. ЧД наибольшая была у нормостеников - 21, а у гиперстеников - 15 и астеников - 13. Однако прирост ДО, после физической нагрузки в процентах по отношению к покою, наибольший оказался у нормостеников - 100%, гиперстеников - 80 % и астеников - 68 %. Прирост ЧД после физической - 13% и нормостеников - 6%.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено влияние физической нагрузки на показатели функции внешнего дыхания у девушек молодого возраста различных

типов конституции. Физическая нагрузка оказывает влияние на дыхательную систему у нормостеников в основном за счёт прироста ДО, у астеников за счёт ДО и ЧД, а у гиперстеников преимущественно за счёт ЧД. Следовательно, по отношению к физической нагрузке наибольшими резервными возможностями обладает дыхательная система у нормостеников и астеников

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Назаров Комил Дадаевич
ТМА Ургенч филиала

Актуальность. Атопический дерматит (АтД) является широко распространенным заболеванием у детей. По данным эпидемиологических исследований, в разных странах атопическим дерматитом страдают от 10 до 20% детей. Острота проблемы АтД в педиатрии обусловлена ранним началом заболевания, быстротой развития хронических форм. риблизительно у 85% пациентов проявления атопического дерматита начинаются в раннем детском возрасте, у 70% больных тяжелыми формами АтД в дальнейшем развиваются ронхиальная астма или аллергический ринит [2-4]. В основе патогенеза АтД лежат генетически детерминированные особенности иммунного ответа. К числу наиболее значимых иммунологических нарушений при АтД относят дисбаланс Th1- и Th2- клеток, повышенную дегрануляцию тучных клеток и измен нную нтигенпрезентирующую активность клеток Лангерганса.

Целью исследования. Изучение особенностей течения и патоморфоза атопического дерматита, диагностика типов отношения к болезни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет (из них 30% составляют лица женского пола, средний возраст 18лет и 70% - лица мужского пола, средний возраст 16 года), находившихся на стационарном лечении в «ОДММЦ» г.Андижан с 1.10.2018 по 21.02.2020 с диагнозом Атопический дерматит (L20). Методика исследования включала: сбор анамнеза, объективный осмотр, результаты лабораторных сследований, заполнение пациентами анкет. Атопический дерматит - аллергическое заболевание кожи, возникающее, как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью. Заболевание обусловлено гиперчувствительностью как к аллергенам, так и к неспецифическим раздражителям, имеет хроническое рецидивирующее течение и характеризуется зудом. В последнее время наблюдается увеличение удельного веса больных атопическим дерматитом среди всех дерматитов, находящихся на амбулаторном лечении в «ОДММЦ» г. Андижане: 2013 г. - 1,82%; 2014 г. - 2,2%; 2015 г. - 2,94%; 2016 г. - 3,26%; 2017 г. - 3,25%, а так же увеличение удельного веса больных атопическим дерматитом среди всех болезней кожи и п/к клетчатки, находящихся на стационарном лечении в «ОДММЦ» г. Андижане: 2015 г. - 2,11%; 2016 г. - 2,41%; 2017 г. - 3,47% (по данным «ОДММЦ» г. Андижане). Пациенты были обследованы по следующим критериям и получены следующие результаты: Наследственный анамнез по кожным заболеваниям, БА: отягощен у 44,71% пациентов; Аллергогологический анамнез: отягощён у 89,43% пациентов, из них у 47,78 % пациентов аллергия на шерсть животных, у 45,68% аллергия на лекарственные препараты и у 47,89% аллергия на пищевые продукты; -Давность заболевания: 86,71% пациентов болеют атопическим дерматитом с детства; -Связь обострений с теми или иными факторами: 69,56% пациентов связывают обострения заболевания с холодным временем года, 32, 03% - со стрессом, 15,26% - с сухостью воздуха, у 15,27% пациентов обострения заболевания наблюдаются весной и осенью; -Дермографизм: белый у 64,73% пациентов, смешанный у 35,27% пациентов; -Линии Дени-Моргана: были выявлены у 78,12% пациентов; -Псевдо-Хертоге симптом: был выявлен у 18,17% пациентов; -Характер зуда: приступообразный у 100% пациентов, из них у 64,72% усиление зуда отмечается в ночное время суток; биопсирующий у 89,45% пациентов; -Интенсивность зуда: сильный у 63,18% пациентов, из них 64,12% оценили субъективные симптомы на 10 баллов, умеренный у 31,43% пациентов, слабый у 5,71% пациентов; -В общем анализе крови у 76,14% пациентов была выявлена эозинофилия и у 51,43% пациентов - моноцитопения;

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ИММУНИТЕТА

Назаров Камил Дадаевич
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Ургенч, Узбекистан

Актуальность. Работа приурочена к анализу трудности потомственного и спорадического рака молочной железы и воздействию однонуклеотидных полиморфных разновидностей в генах BRCA1, BRCA2 и TP53 на риск становления и клинические особенности потомственного рака молочной железы в современном нюансе. Потомственный рак молочной железы болезнь с воплощенной генотипической и

фенотипической гетерогенностью. Гигантская доля случаев потомственного рака молочной железы и яичников ассоциирована с мутациями в генах с высочайшей пенетрантностью (BRCA1, BRCA2TP53 и в генах средней и невысокой пенетрантности: CHEK2, PTEN, NBS1, ATM. На нынешний день идентифицировано больше 1536 всевозможных полиморфизмов в гене BRCA1 и в пределах 1885 в гене BRCA2. В прочем их клиническая значимость освещена мало, а итоги ряда изучений доказывают надобность и перспективность в исследовании медицинской значительности полиморфизмов в генах BRCA1, BRCA2 и TP53 в качестве модификаторов риска и молекулярнодиагностических маркеров рака молочной железы.

Цель исследования- выявить корреляции между генетическими характеристиками развития рака молочной железы и состоянием у больных противоопухолевого иммунитета.

Материалы и методы исследования. Исследования были проведены на 6 пробандах с наследственной предрасположенностью к онкозаболеваниям (1 группа) и на 44 пробанде со спонтанной формой рака молочной железы (2-я группа). Все больные были с местно расположенным раком молочной железы – $T_2N_{1-2}M_0$ и $T_3N_{1-2}M_0$.

Результаты и обсуждение. Анализ субпопуляционного состава Т-клеток не выявил изменений этих показателей в зависимости от генетической характеристики обследованных пробандов. В то же время и у больных с наследственной и у больных со спонтанной формами рака молочной железы имела место тенденция к снижению общего числа Т-клеток, при этом у больных с наследственной формой рака молочной железы эта тенденция выражена даже более явно, чем у больных со спонтанной формой заболевания. Количество Т-хелперов ($CD4^+$) у больных обеих групп статистически достоверно не различалось и соответствовало уровню Т-хелперов у здоровых лиц. В то же время количество Т-супрессоров ($CD8^+$) у больных со спонтанной формой рака молочной железы статистически достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Количественные изменения основных иммунорегуляторных субпопуляций Т-клеток отражаются и на величине иммунорегуляторного индекса (ИРИ), определяемого соотношением $CD4^+/CD8^+$. ИРИ незначительно снижен в группе больных с наследственной формой рака молочной железы по сравнению с контрольной группой за счет возрастания количества $CD8^+$, что является манифестным признаком иммунодепрессии, а иммунодепрессию, в свою очередь, возможно рассматривать как фактор, способствующий росту опухоли. В группе обследованных больных со спонтанной формой рака молочной железы ИРИ был увеличен до 2.6, что свидетельствует, по-видимому, о невыраженном иммунодефиците на момент обследования данных больных. Нами показано, что и у больных с наследственной и со спонтанной формами рака молочной железы имеет место повышение содержания естественных киллеров по сравнению со здоровыми лицами. Это, по-видимому, свидетельствует о наличии компенсаторного механизма для коррекции иммунологического гомеостаза.Средняя активность естественных киллеров у больных с наследственной формой рака молочной железы значительно отличалась от таковой у здоровых лиц. Нами было показано, что из 6 обследованных больных с наследственной формой рака молочной железы у 5 больных активность естественных киллеров была снижена и только у 1 больного она была приближена к нормальным значениям этого показателя.Характерным является то, что наряду со снижением естественной киллерной активности у обследованных больных были выявлены и другие нарушения в звеньях системы иммунитета, в частности, имело место Т-лимфоцитопения. Средняя естественная киллерная активность у больных со спонтанной формой рака молочной железы индивидуально значительно варьировала-у 28 больных в среднем этот показатель был приближен к таковому у здоровых женщин, у 13 обследованных женщин этот показатель статистически достоверно превышал показатель естественной киллерной активности у здоровых женщин, что объяснялось более выраженным региональным метастазированием у этой группы больных.

Вывод. 1.Существуют корреляции между генетическими характеристиками развития рака молочной железы и состоянием противоопухолевого иммунитета.

ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDINI

Nazirova Z.M.
1 Akusherlik va ginekologiya kafedrasi
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 poliplar 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: 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

Nazirova Z.M.
1 Akusherlik va ginekologiya kafedrasi
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), prekanseroz 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 giperplaziyadagi 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%, bepushtlik - 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%.

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.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Назирова З.М.
Кафедра акушерства и гинекологии№1
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является одной из основных форм патологических пролиферативных изменений слизистой оболочки матки, независимо от возраста женщин. Гиперпластические процессы могут возникать самостоятельно или сочетаться с другой патологией, появляться на фоне многих соматических и гинекологических заболеваний.

В последние годы отмечается рост гиперпластических процессов эндометрия, что связано с увеличением продолжительности жизни женского населения, неблагоприятной экологической обстановкой, ростом числа хронических соматических заболеваний.

Цель исследования - повышение эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде на основе новых клинико-патогенетических аспектов с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задач проведено проспективное исследование, в которое были включены 149 пациенток, находившихся на стационарном лечении с 2019 по 2021 годы в гинекологических отделениях. Показаниями к госпитализации женщин в стационар явились: маточные кровотечения различного характера (85,6%) и/или наличие эхографических признаков патологических изменений эндометрия (14,4%).

Результаты исследования. Обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 48,2+2,9 лет. Это обусловлено критерием отбора пациенток и свидетельствует, что патологические процессы в эндометрии формируются в период перименопаузы.

У всех пациенток, поступивших в стационар, изучали анамнестические и объективные данные. В разработанную нами индивидуальную карту обследования заносили следующие сведения: наследственность, перенесенные в детском и юношеском возрасте инфекционные заболевания, конституционные особенности, характеризующие преморбидный фон, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, перенесенные оперативные вмешательства. Кроме того, уточняли особенности и характер менструальной функции: возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери. Подробно изучали особенности репродуктивной функции – течение и исход каждой беременности, их осложнения.

У пациенток с указанием в анамнезе на высокую частоту внутриматочных манипуляций и наличие хронического эндометрита относительный риск развития ГЭ в 11 и 10 раз выше, чем в популяции, что свидетельствует о наличии выраженной причинно-следственной связи между данными патологическими процессами и развитием заболевания эндометрия. Любое длительное нарушение менструальной функции (>2лет) повышает риск развития ГПЭ в 6 раз, а при наличии ГПЭ в анамнезе риск рецидива увеличивается в 2 раза.

Сочетание гипер пластических процессов эндометрия и хронического эндометрита имеет место в 22.9% случаев, а в 15,2% наблюдений диагностируется хронический эндометрит с реактивной гиперплазией.

3. У пациенток с сочетанием гиперплазии эндометрия и хронического эндометрита и с реактивной гиперплазией, по сравнению с гиперплазией без атипии и с атипией, отмечается более раннее начало и выраженность клинических симптомов заболевания, длительность которых превышает 2 года

У женщин с простой и сложной типической и атипической гиперплазией связь между морфологическим вариантом патологического процесса и патогномоничной клинической симптоматикой отсутствует.

Вывод. В настоящее время для практического здравоохранения по-прежнему остаются актуальными вопросы диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия.

Появление новых лекарственных препаратов, широкое внедрение современных диагностических технологий и малоинвазивной хирургии требуют разработки новых подходов к ведению таких пациенток.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Назирова З.М.
Кафедра акушерства и гинекологии№1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. До сегодняшнего дня в гинекологии не удается радикально изменить онко-эпидемиологическую ситуацию и разработать стратегию, которая позволила бы решить проблему ранней диагностики и эффективного лечения рака эндометрия — опухоли, уносящей ежегодно более 5 тыс. жизней.

При этом нельзя не отметить, что вопросы ранней диагностики рака эндометрия в менопаузе решаются достаточно эффективно ввиду разработки и внедрения оптимального алгоритма диагностического исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности лечебной тактики при наличии гиперпластических процессов в эндометрии у женщин в перименопаузальном периоде на основе новых клинико-патогенетических аспектов с учетом роли хронического эндометрита.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели и задач проведено проспективное исследование, в которое были включены 149 пациенток, находившихся на стационарном лечении с 2019 по 2021 годы в гинекологических отделениях. Показаниями к госпитализации женщин в стационар явились: маточные кровотечения различного характера (85,6%) и/или наличие эхографических признаков патологических изменений эндометрия (14,4%).

Критерии включения пациенток в исследование: перименопаузальный период, отсутствие онкологических заболеваний; отсутствие эндокринной патологии (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение II-III ст); отсутствие острого воспалительного процесса органов малого таза; информированное добровольное согласие пациенток на проведение всех необходимых лечебно-диагностических процедур.

Результаты исследования. Обследованные больные были в возрасте от 45 до 55 лет. Средний возраст пациенток составил 48,2+2,9 лет. Это обусловлено критерием отбора пациенток и свидетельствует, что патологические процессы в эндометрии формируются в период перименопаузы.

Ведущей жалобой пациенток основной группы и группы сравнения было длительное маточное кровотечение (более 7 дней), возникшее в дни предполагаемой менструации – 50,6% и 51,0% соответственно. Кроме того, в основной группе 45,9% женщин указывали на обильные менструальные кровотечения, при этом длительность нарушения менструального цикла в среднем была более 1,5 лет. В группе сравнения меноррагии встречались реже – в 22,9% случаев, а у большинства женщин (77,3%) менструальный цикл оставался регулярным. Группа сравнения – 87 пациенток, у которых по данным морфологического исследования не было выявлено патологических изменений в эндометрии и основная группа, которую составили 62 женщин с подтвержденным гистологически гиперпластическим процессом эндометрия.

У всех пациенток, поступивших в стационар, изучали анамнестические и объективные данные. В разработанную нами индивидуальную карту обследования заносили следующие сведения: наследственность, перенесенные в детском и юношеском возрасте инфекционные заболевания, конституционные особенности, характеризующие преморбидный фон, наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, перенесенные оперативные вмешательства. Кроме того, уточняли особенности и характер менструальной функции: возраст менархе, характер, болезненность, объем менструальной кровопотери. Подробно изучали особенности репродуктивной функции – течение и исход каждой беременности, их осложнения.

Вывод. Таким образом, данная стратегия позволяет повысить эффективность обнаружения доброкачественных и злокачественных заболеваний эндометрия с обоснованным привлечением современных диагностических методов, а также индивидуализировать тактику ведения женщин перименопаузального периода с патологическими процессами эндометрия.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В ЭНДОМЕТРИИ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Назирова З.М.
Кафедра акушерства и гинекологии№1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема ранней диагностики гиперпластических заболеваний и рака эндометрия остается одной из наиболее актуальных в современной медицине, поскольку наблюдается неуклонный рост их числа у женщин в постменопаузе.

В настоящее время установлено, что в большинстве случаев рак эндометрия является вторичным и возникает вследствие злокачественной трансформации доброкачественных новообразований эндометрия.

Поэтому для его профилактики основное внимание должно быть сосредоточено в первую очередь на диагностике доброкачественных новообразований эндометрия.рак эндометрия.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в период длительной постменопаузы.

Материал и методы исследования. Материалом для основного исследования послужили данные комплексного обследования 256 пациенток в постменопаузе.

Результаты исследования. Патология эндометрия, диагностированная при УЗИ у 232 пациенток в период длительной постменопаузы без клинических проявлений в 58,2% является проявлением полипов эндометрия и в 35,8 - атрофических процессов эндометрия, имитирующих его патологию. Диспансерное динамическое наблюдение за пациентками (с учетом стабильного уровня предраковых и раковых процессов) в период менопаузы проводится независимо от возраста и длительности менопаузы. В комплекс обследования входят лабораторные и инструментальные исследования с обязательным УЗИ (МРТ, КТ) матки (с измерением толщины эндометрия).

Гормонально зависимые патологические процессы в эндометрии чаще сопровождаются клиническими проявлениями (железистая, железисто-кистозная гиперплазия — в 25% случаях, атипическая гиперплазия и рак — в 16,6%). Отсутствие в 94% случаях клинических проявлений при ультразвуковой диагностике признаков патологии эндометрия является проявлением атрофических процессов (фиброзные и фиброзно-железистые полипы - в 58,2% случаев и в 35,8% наличие в соскобе соединительной ткани).

Патология эндометрия диагностирована при комплексном обследовании у 256 (12,3%) от числа всех 2082 пациенток находящихся под динамическим наблюдением в период длительной постменопаузы. При этом патология эндометрия в 24 (1,15%) случаев имела клинические проявления и в 232 (11,14%) диагностирована при УЗИ в группе пациенток, не имевших клинических симптомов.

Структура патологии эндометрия у 256 пациенток в период длительной постменопаузы после гистологического исследования характеризуется наличием железистой и железисто-кистозной гиперплазии эндометрия (5,86%), полипов эндометрия (55,47%), атипической гиперплазии и рака эндометрия (3,51%). В 35,16% случаях патологические изменения отсутствуют.

Диагностированная при УЗИ патология эндометрия получила подтверждение при визуальном обследовании эндометрия (методом гистероскопии) в 63,28%, а при гистологическом исследовании удаленных тканей - в 64,84% случаев, что показывает уровень информативности (относительную достоверность) лучевого метода диагностики.

Вывод. Таким образом, гиперпластические процессы в эндометрии следует рассматривать не как местный процесс, а как реакцию ткани-мишени в ответ на нарушение гормонального гомеостаза. При ведении пациенток с ГЭ в постменопаузе главным моментом является возможность развития рака эндометрия в будущем или его одновременное сосуществование с ГЭ.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Назирова З.М.
Кафедра акушерства и гинекологии№1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема гиперпластических процессов остается наиболее актуальной, поскольку является фоном для развития злокачественного новообразования - рака эндометрия. Учитывая, многообразие данных о методах обследования и лечения пациенток с гиперпластическими процессами в эндометрии, возникает клиническая необходимость в разработке алгоритмов тактики ведения пациенток соответственно возрасту и паталого-морфологической картине.

В настоящее время существует довольно-таки много методов диагностики, однако, одни из них потеряли свою прогностическую ценность, а другие остаются ценными и по сей день, в данной статье рассмотрены проблемы диагностики гиперпластических процессов эндометрия, а также тактики лечения.

Цель исследования. Разработать систему дифференцированного подхода к комплексному обследованию и ведению больных с патологией эндометрия в постменопаузе в зависимости от особенностей клинической картины с использованием высокоинформативных технологий, а также определения концентрации ИФР-1, ИФР-2, их транспортных белков (ИФРСБ-1, ИФРСБ-3) и ингибиторов апоптоза - растворимого РаБ-антигенаав) и Вс1-2.

Материалы и методы исследования. Основой настоящей работы явился анализ клинических наблюдений за 112 пациентками в постменопаузапьном периоде (средний возраст 64,06±1,07 лет), которым проводилось обследование и лечение в АОПЦ.

Результаты исследования. В постменопаузе структура патологии эндометрия представлена следующим образом: полипы эндометрия - 66%; рак эндометрия - 24,5%; простая гиперплазия эндометрия без атипии - 6,4%; сложная гиперплазия с атипией-3,2%. Среди полипов преобладают фиброзно-железистые (91,93%), которые в 96,8% развиваются на фоне атрофичного эндометрия.

Клиническая симптоматика в виде маточных кровотечений наблюдается у 38,82% больных в постменопаузе с патологическими процессами эндометрия. Рак эндометрия сопровождается маточными кровотечениями в 78,2% наблюдений, в то время как у каждой пятой пациентки какие-либо жалобы отсутствует. Полипы эндометрия в постменопаузе в большинстве наблюдений (75,8%) протекают бессимптомно. В 11,1% наблюдений маточные кровотечения возникают на фоне атрофии эндометрия.

Показанием для госпитализации у 44 (39,3%) больных были кровянистые выделения из половых путей. У 68 (60,7%) больных патология эндометрия заподозрена на догоспитальном этапе при проведении трансвагинальной эхографии.

При простом статистическом анализе отсутствуют различия по средним значениям и медиане уровней ИФР-1, ИФР-2, ИФРСБ-1, ИФРСБ-3 и Браз в сыворотке крови больных раком, полипами эндометрия и у женщин с атрофией эндометрия. Анализ весовой функции маркеров системы ИФР и Браз показал, что маркер ИФРСБ-3 (42,5%; 35,8%; 38,3%) имеет наибольшее прогностическое значение и может рассматриваться в качестве индикатора и фактора риска развития рака эндометрия. Маркер ИФР-2 (23,1%; 19,9%; 23,4%) может рассматриваться как маркер отсутствия злокачественного процесса в эндометрии.

Весовые функции регрессионно-факторного анализа с использованием маркеров системы ИФР (ИФР-1, ИФР-2, ИФРСБ-1 и ИФРСБ-3) и бРэб позволяют проводить высокоточное индивидуальное прогнозирование состояния эндометрия по критерию «рак не выявлен». Наиболее точный прогноз получен при атрофии эндометрия.

Вывод. В настоящее время возникла необходимость в детализации и пересмотре современных методов обследования, диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрия. Предложенный систематизированный подход и разработанные алгоритмы ведения и лечения данной группы пациентов, дает возможность детализированного и комплексного подхода к прогнозированию и формированию гиперпластических процессов эндометрия на ранних этапах развития, своевременного системного лечения и профилактики рецидивирования в разных возрастных категориях.

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF DETERMINING PARTSIAL OXYGEN PRESSURE IN VENOUS BLOOD IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

Nasirova F.Zh.
Department of Obstetrics and Gynecology N 1
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. Many theories have been proposed for the development of PE ("placentation defect", systemic inflammatory response, "oxidative stress", lipid peroxidation disorders, immunological, genetic, neurogenic, adaptive, renal, hemodynamic, etc.). But the vascular component is an integral part of all hypotheses of the considered complication of pregnancy.

The defeat of the microvasculature underlies the development of PE in pregnant women. One of the conditions for the vital activity of the organism is the constancy of oxygen transport and the maintenance of the acid-base state (CBS) of the internal environment, which is of particular relevance in case of complicated pregnancy. Disorders of microcirculation lead to metabolic disorders in tissues and a deterioration in the utilization of oxygen by tissues from the blood, which contributes to the development of tissue hypoxia. The blockade of the microcirculation system against the background of increased systemic arterial pressure leads to the discharge of blood through the anastomoses from the arterial system to the venous system. As a result, as PE progresses in pregnant women, there is an increase in the partial pressure of oxygen in the venous blood.

The possibility of improving the quality of diagnostics of the severity of PE, taking into account the indicators of the gas composition and CBS of blood, is of scientific and practical interest, which was a prerequisite for planning this work, determined its goal and objectives.

Purpose of the study. optimization of the outcomes of pregnancy and childbirth in women with preeclampsia by including a test to determine the level of partial pressure of oxygen in the venous blood in the complex assessment of its severity.

Materials and research methods. In order to study the gas composition and CBS of blood, pulmonary ventilation in the second and third trimesters of gestation, patients with a normal pregnancy were divided into two groups: I - 35 women in the second trimester of gestation; II - 45 patients in the third trimester of pregnancy. The second group of women was a comparison group in relation to pregnant women with AHBZD and PE, constituting the main group. The main group included 211 patients in the third trimester, whose pregnancy was aggravated by AHBZD, moderate and severe PE. Women of the main group were divided into the following subgroups: I - 60 pregnant women with AHBZD; II - 81 patients with moderate PE; III - 70 pregnant women with severe H1E.

Research results. The state of the gas composition, blood count, and pulmonary ventilation in uncomplicated pregnancy differed from those in non-pregnant women.

When studying the gas composition of blood in patients with uncomplicated pregnancy, we noted an increase in the level of partial pressure of oxygen in arterial blood (paOr) in the second trimester of gestation to 100.27 ± 0.63 mm Hg. Art., significantly different from the values of paOr in non-pregnant women - 93.35 ± 1.32 mm Hg. Art. ($p < 0.001$). In the third trimester, as the gestation period in women with uncomplicated gestation increased, paOr continued to remain above the limits of this indicator for non-pregnant women - 97.43 ± 0.63 mm Hg. Art. ($p = 0.033$). The pv02 level was lower in the second and third trimesters of uncomplicated pregnancy and corresponded to 34.36 ± 2.07 mm Hg. Art. ($p = 0.025$) and 31.84 ± 1.61 mm Hg. Art. ($p = 0.003$).

There was a significant decrease in the partial pressure of carbon dioxide in arterial (pCOr) and venous (pOCOr) blood in women with uncomplicated pregnancy in the second and third trimesters. In the second trimester of pregnancy, hypocapnia in arterial and venous blood was observed much more often than in non-pregnant women: in arterial blood - in 64% of patients, and the average pCO2 level was 33.27 ± 0.63 mm Hg. Art. ($p < 0.001$), hypocapnia was detected in the venous blood in 80% of women and the pOCOr values were in the range of 40.33 ± 0.54 mm Hg. Art. ($p < 0.001$). The partial tension of carbon dioxide in the blood of patients in the third trimester of pregnancy reflects more pronounced hypocapnia than in the second trimester: in arterial blood - in 79% of patients, and pCOg fluctuated on average 30.26 ± 0.68 mm Hg. Art. ($p < 0.001$), in venous blood - 100% of women had low pCOr values, on average pUSO: 32.67 ± 0.46 mm Hg. Art. ($p < 0.001$).

Conclusions. Thus, when analyzing all indicators of gas composition, blood CBS and pulmonary ventilation in the second and third trimesters of uncomplicated pregnancy, it can be noted in many patients the development of metabolic acidosis and, less often, respiratory alkalosis. With an increase in gestational age, these changes become more pronounced. However, all changes have been compensated. We did not observe a shift in pH towards an acidic or alkaline reaction. Specified gas composition values. CBS arterial and venous blood, pulmonary ventilation in the second and third trimesters of physiological pregnancy can be used as indicators characterizing the "pregnancy rate".

GENETIC ASPECTS OF THE FORMATION OF THE POSTOPERATIVE ADHESION PROCESS AND ITS PREDICTION

Nasirova F.Zh.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. Currently, some scientists are of the opinion that the predisposition to the development of adhesions is determined by the activity of the enzyme N-acetyltransferase, for which plymorphism is genetically determined, and use intraperitoneal administration of isoniazid to reduce the acegylating activity of the body in the area of injury in order to prevent the formation of peritoneal adhesions. Other scientists believe that the key point in the formation of adhesions is the "distortion" of the healing process of the peritoneum, which is triggered by hypoxia, and angiogenic growth factors are actively involved in the formation of adhesions. Taking into account that the pathogenesis of adhesion is due to the interaction of factors of the hemostasis system, the severity of the adhesion process should depend on the polymorphic variants of the genes of the factors of the hemostasis system. The main factors of hemostasis, which are involved in the process of adhesion and are associated with thrombophilia, currently include: fibrinogen (FBG), the second factor of blood coagulation (FII), the fifth factor of blood coagulation (FV), plasminogen activator inhibitor of the first type (PAI-1), the seventh coagulation factor (FVII), the thirteenth coagulation factor (FXIII). For all these factors, certain genetic polymorphisms have been identified, which determine their concentration and / or functional activity.

Taking into account the constant increase in the number of repeated gynecological operations on the pelvic organs, the issue of the formation of postoperative adhesions, the severity of the postoperative adhesive process and predicting its development seems to be relevant. The use of agents that uncouple the damaged organs and tissues,

acting at the local level, cannot solve all the problems of the emergence and development of the adhesion process. It is necessary to influence the pathophysiological mechanisms of this process, and this requires a deeper study and understanding of it. At the moment, there is no single examination protocol and algorithm for managing patients who are subject to repeated surgical intervention on the organs of the small, taking into account the genetic predisposition to the formation of severe degrees of adhesions of the uterine appendages. This served as the purpose of this work.

Purpose of the study. To reduce the incidence of severe postoperative adhesions of the uterine appendages in patients with repeated surgical interventions on the pelvic organs by predicting the severity of postoperative peritoneal adhesions and preventing their formation based on the study of hemostasis gene polymorphisms.

Materials and research methods. The sample size was 79 people. The sample was divided into 2 groups. Group I included 38 patients with minimal and moderate SP of the appendages of the uterus, according to the revised classification of the American Fertility Society, as well as patients with isolated hydrosalongations (the fimbrial sections of the fallopian tubes are sealed, there are no adhesions of other localizations). Group II included 41 patients with moderate and severe degrees. The severity of the joint venture was assessed by independent experts based on the results of viewing video recordings of operations.

Research results. All patients in both groups were of reproductive age (ranging from 24 to 42 years). The average age in the groups was, respectively: in group I - 31.45 ± 0.84 years, in group II - 31.65 ± 0.69 years. When comparing the indicators according to the Student's criterion, the differences between the groups are insignificant (p = 0.42).

We also analyzed the social status and frequency of occurrence of various extragenital pathologies. Most of the patients were married. IN ! In the group, the percentage of patients with higher education was significantly higher - 66 ± 7.8%, versus 27 ± 7.0% in group II (p <0.01). There were no other significant differences in social status.

In all groups, there was a low percentage of women with extragenital diseases. The predominant somatic diseases in patients in both groups were diseases of the digestive system: in group I, 31.6 ± 7.6%, in group II, 19.5 ± 6.3%, but for this and other extragenital diseases, there were no significant differences in the studied groups. established (p> 0.05).

When assessing the severity of the AP of the uterine appendages according to the R-AFS classification, the average score in group I was 7.11 ± 4.80, which corresponds to the II (moderate) severity of the adhesive process. In group II, this indicator was 21.14 ± 4.97 points, which corresponds to the IV (severe) degree of the adhesive process. The severity was assessed by the side with the most pronounced SP. According to the severity of SP, the patients were divided as follows: I degree of SP was detected in 17.5% of patients, II degree in 30.3%, III degree in 31.6%, and IV in 20.3% of patients.

Conclusions. The study showed the significance of the genetic polymorphism of the fibrin-stabilizing factor of blood coagulation, as well as the general coagulation potential in relation to the predisposition to the formation of various degrees of severity of the postoperative adhesions of the uterine appendages. This helps to explain the formation of different degrees of severity of the adhesions of the uterine appendages in the same type of operations performed under the same conditions in different patients.

The question of how to prevent the development of the postoperative adhesion process, based on the pathogenetic mechanisms of adhesion, remains open. So in obstetric and therapeutic practice with mutations of genes of the hemostasis system, anticoagulants are used. However, to date, there is not a single large 'prospective randomized study on the safety and prophylactic effect of anticoagulants on postoperative gas peritoneal adhesions.

Therefore, predicting the severity of the postoperative adhesion process will improve the results of treatment of such patients due to the targeted use of anti-adhesion barrier agents in high-risk groups for the formation of severe degrees of adhesions of the uterine appendages, tk. the universal use of barrier anti-adhesion agents, even if they are highly effective, is economically unjustified.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Резюме. Отрывные переломы в области локтевого сустава являются абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Применение аппарата Илизарова в лечение данных повреждений зарекомендовали себя, как наиболее эффективными методами остеосинтеза у детей. Представлены результаты лечения за последние 10 лет.

Введение. Лечение детей с отрывными переломами плечевой кости является значительной проблемой, которая связана с внутрисуставным характером повреждений, значительным смещениями костных фрагментов за счет мышц и повреждением капсуло-связочного аппарата локтевого сустава. Анализ

литературных источников, указывает на различные виды остеосинтеза, основанные на восстановление конгруэнтности сустава при диастазе более 5 мм. Как известно, данная патология при не эффективном оперативном лечение приводит к развитию ложных суставов, стойким контрактурам и осевым деформациям. Одним из элементов патогенеза отрывных переломов плечевой кости, помимо самого смещения, является состояние мышечно-сухожильного натяжение.

Цель исследования - улучшения хирургического лечения при отрывных переломах плечевой кости у детей с применением аппарата Илизарова.

Материалы и методы. За последние 10 лет на базе ГУ РСНПМЦТиО в отделения детской травматологии было прооперировано 622 пациентов с апофизеолизом внутреннего надмыщелка и 731 пациент с остеоэпифизеолизом головчатого возвышения плечевой кости.

Возраст пациентов составил от 2 до 17 лет. Всем пациентам производились стандартные рентгенографии и МСКТ исследование при застарелых травмах. Наиболее часто отрывной перелом головчатого возвышения оперировался на сроке 1-4 сутки 580 пациентов, 138 до 10 дней, 13 случаев обратились на сроке 3-4 недель. Методика направлена на репозицию головчатого возвышения открытым способом и закрепление его перекрещенными упорными спицами, создание компрессионного состояния костных отломков противоположной спицей от нижнего диафиза плечевой кости и монтировку аппарата Илизарова из двух полуколец, создание стабильно-функционального остеосинтеза. При апофизеолизе внутреннего надмыщелка 489 пациентов подвергались оперативному вмешательству впервые 3^{oe} суток, 104 пациента спустя 2 недели после травмы, застарелые случаи составили 29. Данным пациентам, после открытого сопоставления оторванного отломка спицу Киршнера с упорной площадкой проводят через костный фрагмент, в противоположном направлении проводят еще одну спицу через нижнюю часть плечевой кости, создают противоположную компрессию и монтируют аппарат Илизарова с двумя полукольцами. При застарелых случаях пациентам дополнительно проводились поперечные и Z-образные фасциотомии мышечно-сухожильнного компонента.

Результаты. Анализ результатов хирургического лечения отрывных переломов плечевой кости у детей показывает, что при раннем и правильном лечении у большинства больных полностью (96%) восстанавливается нормальная анатомия локтевого сустава и функция поврежденной конечности. Наиболее лучшие результаты дает использование стабильно-функционального остеосинтеза при помощи аппарата Илизарова.

Заключение. Предложенный способ остеосинтеза аппаратом Илизарова в различной компоновке является малотравматичным, обеспечивает условия срастания перелома и раннее восстановление функции в локтевом суставе.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Нишонова Д.А., Ахмедова Н.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственнқй медицинский институт

Введение. Несмотря на обилие сведений, касающихся пре- и эклампсии, в современной литературе до сих пор не существует точных данных об их этиологии, причинах развития, патогенезе, что в совокупности с недооценкой тяжести и достоверности диагностических критериев приводит к развитию осложнений и неэффективности проводимой терапии.

При этом наиболее значимыми факторами риска возникновения преэклампсии являются: гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии, аутоиммунные заболевания, хронические заболевания почек и почечная недостаточность, сахарный диабет 1 и 2 типов, ожирение, многоплодная беременность, первые роды, возраст старше 40 лет, отягощенный личный (наличие случаев ранее) и семейный анамнез и др.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между нарушениями гипо-коагулирующей функции легких, кровообращения «мать-плацента-плод» и кислородтранспортной функции крови у беременных с преэклампсией и эклампсией, на основании полученных данных оптимизировать диагностику, профилактику и лечение для снижения частоты осложнений, материнской и перинатальной смертности.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с гемодинамическими изменениями и преэклампсией для выполнения этой задачи и провели на них клинические наблюдения.

Результаты исследования. Состояние системы гемостаза у беременных с преэклампсией накануне родов характеризуется высокой частотой гиперкоагуляционного синдрома на фоне хронического ДВС-синдрома, который отмечается в 54,5% случаев при умеренной преэклампсии и в 68,4% - при тяжелой. В послеродовом периоде патология гемостаза реализуется только в тех случаях, когда она имела место до родов. При этом у 27,1%) родильниц с умеренной преэклампсией и у 40,9% с тяжелой преэклампсией

наблюдаются лабораторные признаки хронического синдрома ДВС, а гиперкоагуляционный синдром - у 31% и 50%родильниц соответственно. Восстановление параметров гемостаза происходит к 30 суткам послеродового периода. Изменения его отдельных показателей сохраняются в течение 3 месяцев после родов у женщин с умеренной преэклампсией и до 6 месяцев — при тяжелой преэклампсии.

Особенностью течения родов у женщин с преэклампсией на фоне гиперкоагуляционного синдрома, является высокая частота акушерских кровотечений (8%) , послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений (14,9%). Нормализация параметров центральной гемодинамики и периферического кровотока после родов связаны с состоянием системы гемостаза: у родильниц без нарушений системы гемостаза нормализация показателей гемодинамики происходит к 7 суткам после родов, у родильниц с гиперкоагуляционным синдромом при умеренной преэклампсии - к 10 суткам, при тяжелой - к концу 3 недели.

Факторами риска нарушений в системе гемостаза после родов у женщин с преэклампсией явились: НЦД по гипертоническому типу, хронический пиелонефрит, ожирение, самопроизвольные выкидыши, артифициальные аборты, беременность, осложненная фетоплацентарной недостаточностью и ЗРП. Факторами риска длительных нарушений показателей системы гемостаза после родов явились рецидивирующая герпесвирусная инфекция, НЦД по гипертоническому типу, ожирение.

Терапия низкомолекулярными гепаринами после родов у женщин с преэклампсией позволяет сократить сроки нормализации параметров гемостаза, ускорить инволюцию клинических проявлений преэклампсии и достоверно уменьшить длительность послеродового пребывания в стационаре с 6,4±0,5 до 5,8±0,5 койко-дня для умеренной и с 7,9±0,4 до 7,4±0,3 койко-дня для тяжелой преэклампсии. Проведение антикоагулянтной терапии у пациенток с гемостатическими нарушениями снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

Вывод. Установлено, что риск нарушений в системе гемостаза после родов у женщин с преэклампсией определяется присутствием ряда анамнестических и клинических предрасполагающих факторов. В частности, нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, хроническим пиелонефритом, ожирением, самопроизвольными выкидышами, хронической рецидивирующей герпесвирусной инфекцией, беременностью, осложненной угрозой выкидыша, хронической фетоплацентарной недостаточностью и задержкой роста плода.

Подтверждена целесообразность назначения низкомолекулярных гепаринов при гиперкоагуляционном синдроме после родов; они способны ускорить нормализацию показателей системы гемостаза и уменьшить риск тромботических осложнений и, соответственно, сократить пребывание в стационаре в 1,4 раза.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

Нишонова Д.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ревматические болезни широко распространены среди детей и подростков. В мире выявлено более 50 тысяч больных, и частота случаев заболевания возрастает от года к году. Эти болезни характеризуются хроническим течением и, как правило, приводят к длительным госпитализациям и инвалидизации.

Поэтому они часто служат источником социальной дезадаптации и различных отклонений в развитии личности ребенка: его самосознания, мотивационной сферы и т.п.

Известно, что дети по-разному реагируют на ситуацию тяжелой болезни. Своевременное определение типов реакции на болезнь позволит выявить детей, которые остро нуждаются в психологической помощи.

Цель исследования. Определить типы реакции ребенка на болезнь при разной тяжести течения заболевания.

Материалы и методы исследования. 75 детей, страдающих ревматическими болезнями разной степени тяжести. Рисуночные методики для исследования образа Я и семья; тест «Три желания»; шкалы самооценки; методика «Кто я?»; методика «Незаконченные предложения».

Результаты исследования. Сочетание особенностей эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самосознания и общения со сверстниками определяют тип реакции ребенка на болезнь. При легкой и средней тяжести течения болезни встречается благоприятная реакция (33,8%). Личностное развитие происходит по траектории, близкой нормативной. Сужение жизненного пространства (9,3%). Снижены адаптивные механизмы личности вне стационара.

В условиях больницы ребенку удается сохранить разнообразные виды деятельности, не связанные с процессом лечения. Интеллектуализация (7,6%). Снижен фон настроения и самооценка, избирательны в выборе друзей, погружены в размышления на тему здоровья и лечения. При среднем и тяжелом течении

болезни наблюдается инфантилизация (17,1%). На первый план выходит снижение темпа развития самосознания, личностная незрелость. Погружение в болезнь (18,4%). Наблюдается значительно сниженный эмоциональный фон, бездеятельность, ведущий мотив - сохранение здоровья. Инвалидизация (13,8%). Физически и эмоционально дети зависимы от близких взрослых, бездеятельны, негативно относятся к своей внешности, идентифицируются с образом больного человека, необщительны.

Выводы. Все дети с тяжелым течением болезни нуждаются в психологической помощи, т. к. у них существует высокий риск возникновения неблагоприятных реакций на болезнь и искажений в личностном развитии. Содержание психологической помощи детям с тяжелым течением болезни определяется типом его реакции на заболевание.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ишонова Д.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Течение, прогноз и механизмы отдельных форм нарушений сердечного ритма у детей отличаются от таковых у взрослых. Особенно это положение касается новорожденных и детей раннего возраста, проводящая система которых отличается функциональной и морфологической незрелостью.

В связи с этим представляет интерес оценка естественного течения нарушений ритма сердца, возникших в перинатальный период, определение факторов риска развития аритмий у новорожденных и детей раннего возраста.

Нарушения сердечного ритма у новорожденных не имеют классических клинических проявлений и в большинстве случаев выявляются случайно во время аускультации, носят транзиторный характер. Лишь некоторые из них приводят к тяжелой сердечной недостаточности, стойкому нарушению общего состояния ребенка. Нет единого мнения о сроках манифестации нарушений проводимости сердца у детей в периоде новорожденности.

Цель исследования. Установить сроки манифестации нарушений сердечного ритма у новорожденных.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 45 новорожденных детей с нарушениями сердечного ритма.

Результаты исследования. Нарушение сердечного ритма явилось проявлением таких патологических синдромов, как экстрасистолия - у 65,9% детей, пароксизмальная тахикардия в 14,7% случаев, синусовая тахикардия - 5,7%, синусовая брадикардии - 3,3%, атриовентрикулярные блокады составили 10,4% от всех нарушений сердечного ритма.

Экстрасистолии отмечались на 5 ± 2 сутки после рождения. Атриовентрикулярные блокады диагностированы на 7 ± 2 сутки жизни. Синусовые тахи- и брадикардии регистрировались на 3 ± 1,7 день жизни. Данные нарушения проводимости сердца протекали бессимптомно. Срыв сердечного ритма в виде пароксизмальной тахикардии выявлен на 21 ± 3 день после рождения. Родители обращались к врачу с жалобами на снижение аппетита у детей, беспокойство, срыгивание, бледность кожных покровов.

Выводы. Нарушения сердечного ритма в виде экстрасистол, атриовентрикулярных блокад, синусовых тахи- и брадикардий выявлены у младенцев в первую неделю жизни, когда дети находились под наблюдением неонатологов родильных домов.

Пароксизмальные тахикардии манифестировали ближе к месячному возрасту в домашних условиях. Результаты данных исследований позволяют углубить знания врачей- педиатров о сроках возникновения пароксизмальной тахикардии - тяжелого нарушения сердечного ритма.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

Норалиев И.
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 (CysticFibrosisTransmembraneConductanceRegulator, CFTR). Оно встречается во всех этнических группах и с равной частотой у обоих полов.

Наибольшая распространенность МВ отмечена среди европеоидов: примерно каждый 27 человек является носителем мутантного гена, а частота заболевания составляет 1 случай на 2500 новорожденных [138]. Ориентировочно в мире проживает 70000 человек с установленным диагнозом МВ, что подтверждается данными национальных регистров.

Однако в 80% случаев определяет течение и прогноз заболевания именно функциональное состояние бронхо-легочной системы. Хронический бронхо-легочный процесс при МВ протекает с различной степенью обструкции дыхательных путей. Поэтому всестороннее изучение нарушения вентиляционной функции легких (ФВД) при МВ является актуальным. Основным прогностическим клиническим признаком смертности у пациентов с МВ является ухудшение функции легких.

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 2019 - 2021 гг. Обследован 81 ребёнок с муковисцидозом в возрасте от 2 месяцев до 18 лет.

Результаты исследования. У детей раннего возраста диагностика функции лёгких методами бронхофонографии и импульсной осциллометрии позволяет выявить обструктивные нарушения в 100% при лёгком и среднетяжёлом течении болезни.

При тяжёлом течении муковисцидоза методы акустической работы дыхания становятся информативны после восстановления бронхиальной проходимости на фоне проводимой терапии (после санации дыхательных путей, устранении мукостаза), в связи с этим 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 (Zrs5) и его резистивный компонент на частотах 5 и 20 Гц (R5, R20), дополнительными параметрами - реактивный компонент на частоте 5 Гц (X5). 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, импульсной осциллометрии снижается реактивное и резистивное сопротивление дыхательного импеданса, при бодиплетизмографии снижается бронхиальное сопротивление, а при спирометрии ФЖЕЛ достигает параметров здоровых детей и увеличиваются все скоростные показатели.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЁГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Норалиев И.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкое внедрение в медицинскую практику антенатального скрининга (УЗИ) беременных женщин не только способствует ранней диагностике врожденной патологии, но и открыло относительно новые проблемы хирургической неонатологии, к которым относятся пороки развития органов грудной полости у новорожденных и детей раннего возраста, требующие оперативного лечения. Удельный вес этих пороков чрезвычайно высок: среди живорожденных - 3,3%, в структуре перинатальных потерь - 20,6%, в структуре младенческой смертности и детской заболеваемости - 20,1%.

Большинство этих пороков в настоящее время диагностируются антенатально, что позволяет своевременно, до развития осложнений, лечить детей и существенно снизить показатели перинатальной смертности.

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%, r=6,274, p=0,000). Смертность детей с ВПРЛ преимущественно связана с наличием МВПР (68,2%, r=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%), пневмонии (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%) (r=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 спирометрии, а также относительного времени пикового потока на выдохе методом флоуметрии и АКРД в высокочастотном диапазоне методом бронхофонографии (для детей раннего возраста).

Выводы. В число дифференцируемых заболеваний при синдроме дыхательных расстройств у новорожденных необходимо включать пороки развития легких и средостения.

Выявленная антенатально патология легких и средостения - показание к переводу ребенка после рождения в стационар (без выписки из родильного дома) для обследования.

Основной метод диагностики - компьютерная томография. Для диагностики сосудистых аномалий и пороков развития легких у детей целесообразно применение спиральной КТ-ангиографии (СКТА).

Опасность инфицирования и малигнизации при пороках развития легких и средостения, а также синдром внутригрудного напряжения являются показанием к раннему хирургическому лечению в периоде новорожденности.

ҲОМИЛАНИНГ ТАНГЛАЙИНИ УЛТРАТОВУШ ХАЖМЛИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Нормурадова Н.М.[1], Олланазаров Э,Р.[2], Мирюсупов М.М.[1]
1- Тибиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
2- Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Кириш. Мамлакатимизда туғма нуқсонларни пренатал ташхислашга катта эътибор қаратилмоқда. Бирламчи бўғим тизимида пренатал кабинетларнинг ишга туширилиши, уларнинг замонавий ултратовуш ускуналари билан жиҳозланиши, малакали мутахассисларни шу йўналишда тайёрланиши туғма нуқсонларни пренатал даврда аниқланиш истиқболларини сезиларли яхшилайди. Шу жумладан, ҳомиланинг қаттиқ танглайни баҳолашда ултратовуш ҳажмли технологияларининг қўлланилиши танглай дефектларини аниқлашнинг имкониятларини янада мукаммаллаштирди. Ҳозирги кунда қаттиқ танглайни ҳомиладорлик даврида баҳолашнинг ўзига хос қийинчиликлари мавжуд. Танглайнинг скрининг текшириш муддатларда ўлчамларининг кичиклиги, суякланиб улгурмаслигида, мураккаб қабарриқ формага эгалиги бу аъзонинг баҳоланишида қийинчиликлар туғдиради. Туғма нуқсонларни қайд қилишнинг Европа реестри ҳисоботига кўра 2008-2012 йилларда танглай туғма нуқсонларини пренатал даврда аниқлаш 52,6% ни ташкил этган.

Танглай нуқсонлари лаб дефектлари билан бирга келган ҳолларда пренатал ташхислаш даражаси Америка қўшма штатларида 90-97% ни, Буюк Британияда 88% ни ва Исроилда 91,7% ни ташкил этган. Ушбу келтирилган ҳолатларни хисобга олган ҳолда танглай нуқсонларини аниқлаш пренатал диагностиканинг долзарб масалаларидан ҳисобланади.

Текшириш мақсади − ҳомила танглайини ултратовуш хажмли технологиялар ёрдамида текшириш имкониятларини ўрганиш

Материал ва методлар. 546 та ҳомиладор аёлларнинг ҳомиласининг юз-жағ соҳаси ултратовуш методи ёрдамида текширилди, улардан 31 та ҳолатда танглай-юз-жағ нуқсонлари топилиб, 6 тасида танглай нуқсонлари аниқланди. Танглай дефектларидан 5 таси лаб нуқсонлари билан биргаликда учраган бўлса, фақат битта кузатувда якка ҳолатда кузатилди. Ултратовуш текширишлари эксперт синфига мансуб ускуналарда, хажмли технологияларнинг юзаки реконструкция, Omni View, Tomographic Ultrasound Imaging режимларидан фойдаланилган ҳолда ўтказилди.

Натижалар. 546 та хажмли технологиялар ёрдамида олинган маълумотларни ретроспектив ўрганилганда биринчи триместрда 306 та ҳомиладорлардан 143 (46,8%) та ҳолатда танглайни кўришда муаммо туғилмади. 72 (23,5%) кузатувда танглайни қисман баҳолаш имкони бўлган бўлса, 91 (29,7%) ҳолатда эса қаттиқ танглайни баҳолаш имкони бўлмади. Қийинчиликлар ҳомиладорлик бу муддатларида ҳомиланинг ўлчамларининг кичиклиги билан боғлиқлиги аниқланди. Иккинчи триместрда эса 127 та ҳомиладорлардан 93 (73,2%) тасида имкониятлар чекланмади, 34 (26,8%) ҳолатда эса танглайни кўришда қийинчиликлар туғилди. Булардан 5 тасида ҳомила юзи билан пастки томонга қараб ётганидан, бу муддатда эса жағ суяклари соя бериши эвазига танглайни кўриш имкониятлари чекланди. Учинчи триместрда 113 та ҳомиладорлардан 25 (22,2%) тасида танглайни тўлиқ кўриш имкони бўлди. 38 (33,6%) кузатувда танглай қисман кўрилган бўлса, жағ суякларининг суякланиши ва акустик соя берии эвазига 50 (44, 2%) та ҳолатда танглайни адекват равишда кўришнинг имконияти бўлмади.

Ҳулоса. Ултратовуш хажмли технологияларининг қўлланилиши ҳомила танглайини текширишда 67,9% ҳолатларда адекват равишда баҳолаш имконини берди.

ҲОМИЛАДА ФАЛЛО ТЕТРАДАСИ ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНИНИ УЛТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКАСИ

Номурадова Н.М., Фазилов А.А.
Тибиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Кириш. Фалло тетрадаси энг кенг тарқалган, чақалоқларда цианоз билан кечувчи нуқсонлар турига киради. Янги туғилган чақалоқларда унинг частотаси 10 000 чақалоққа 2,4 - 3,13 ни, барча туғма юрак нуқсонларининг 8-14% ни ва барча цианоз билан кечувчи нуқсонларнинг 50-75% ни ташкил қилади. Эрта болалик даврида жарроҳлик операциясини талаб қиладиган нуқсонлар орасида Фалло тетрадаси 15% ни ташкил қилади ва бу нуқсоннинг ҳомила даврида эрта аниқланиши муҳим аҳамият касб этади.

Текшириш мақсади − ҳомилада Фалло тетрадаси туғма юрак нуқсонини ултратовуш диагностикасини самарадорлигини ошириш

Материал ва методлар. Бизнинг тадқиқотимиз 48 та ҳомилада аниқланган Фалло тетрадаси билан кечаётган ҳомиладорларнинг ултратовуш текширувига асосланган. Нуқсон аниқланган давр ҳомиладорликнинг 18 чи хафталигидан 32 хафтасигача бўлган муддатларига тўғри келди. Ултратовуш текширишлари конвекс, чизиқли ва ҳажмли трансдуссерлардан фойдаланган ҳолда ултратовуш ускуналарининг эксперт синфига мансуб қурилмаларида ўтказилди. Ҳомила юраги International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) нинг клиник тавсияларига асосланиб, 8 та стандарт кесимда ўрганилди.

Натижалар. Фалло тетрадаси бўлган ҳомилаларда (n = 48) ва назорат гуруҳида (n = 96) ҳажмли эография натижасида олинган юрак ҳажмини ретроспектив таҳлил қилиш амалга оширилди. Аорта ва ўпка магистрал артерияларининг диаметрлари яримойсимон клапанлар даражасида текширилди. Уч томир, артериал ва аорта ёйи орқали кесимларда скан қилинди. Катта томирларни таққослаш учун уч томир орқали кесим танланди. Фалло тетрадаси билан ҳомиланинг аорта диаметри таҳлили шуни кўрсатдики, ҳомиладорликнинг 22 хафталигигача бўлган даврда назорат гуруҳидан фарқ статистик жиҳатдан аҳамиясиз ($p> 0,05$) эканлигини кўрсатди. Аорта ва ўпка магистрал артериаларининг диаметрини таққослаш ҳомиладорлик даврида тескари чизиқли муносабатларни кўрсатди. 22 ҳафтагача бўлган аорта ва ўпка магистрал артериялари ўртасидаги фарқ статистик жиҳатдан аҳамиясиз бўлди ($p> 0,05$), 22 хафтадан 32 хафтага қадар бу фарқ ошди ва 25 хафтага қадар аорта ва ўпка артериясининг диаметри сезиларли даражада фарқ қилди ($p <0,01$). Назорат гуруҳида аорта ва ўпка артерияларининг ўлчамлари фарқ қилмади.

Хулосалар. Фалло тетрадаси бўлган ҳомилада асосий артериялар − аорта ва ўпка артериясининг асосий стволи диаметридаги фарқ ҳомиладорликнинг 22 хафталигидан кейин ортади, бу еса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ушбу нуқсонни аниқлашни самарадорлигини яхшилайди.

ҲОМИЛА МУШАК-СКЕЛЕТ ТИЗИМИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИНГ УЛТРАТОВУШ ТАШҲИСОТИ

Нормурадова Н.М.[1], Мажидов Б.Б.[2]
3- Тибиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
4- Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Введение. Болалар харакат таянч тизими касалликлари орасида туғма нуқсонлар асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Ҳар бир 1000 та болага 11,6 та ҳаракат-таянч аъзолари патологияси билан бемор тўғри келиши маълум ва уларнинг учдан бирини туғма нуқсонлар ташкил этади. Туғма нуқсонларнинг 74,3% қўл ва оёқлар аномалияларига, 9,1% эса системали, умумий суякғмушак системаси дисплазияларига тўғри келади. Бириктирувчи тўқима эмбриогенези бузилиши билан боғлиқ тизимли нуқсонларга хондродисплазиялар, остеодисплазиялар, гиперостозлар ва артрогриппоз киради. Оёқ қўллар дизмелиялари гуруҳига фокомелия, амелия, полимелия, сиреномелия, эктродактелия, синдактелия, полидактелия, олигодактелия, капмтодактелия, брахидактелия ҳамда маймоқоёқлик киради. Бундай турли гуруҳларга кирувчи нуқсонларнинг ултратовуш ташхисоти пренатал диагностиканинг долзарб масалаларига киради.

Текшириш мақсади − ултратовуш текширувида аниқланган туғма мушак-скелет аномалияларининг тузилишини ўрганиш.

Материал ва методлар. Республика Она ва бола скрининг марказида 2018 йилда аниқланган турли хил туғма мушак-скелет аномалиялари билан 53 та кузатув тахлил қилинди. Ушбу даврда 31 344 ҳомиладор аёллар текширишдан ўтишган. Ултратовуш текширувлари 3,5-7,5 МГц частотали конвекс ва чизиқли датчиклардан фойдаланган ҳолда Philips Clear Vue 550 ва 650 қурилмаларида ўтказилди.

Натижалар. Туғма мушак-скелет аномалиялари14 ҳафтадан 26 ҳафтагача бўлган даврда аниқланди. Тизимли скелет дисплазиялари 28 (52,8%) ҳолатларда ривожланиб, улардан акондрогенез - 28,6% да, акондроплазия - 25% да, гипохондроплазия - 10,7% да, кампомелик дисплазия - 10,7% да учради, ҳамда биттадан номукаммал остеогенез ва дастрофик дисплазиялар қайд қилинди. Маймоқоёқлик ҳам кўп учраб, иккинчи ўринни эгаллади. Маймоқоёқлик 23 (43,4%) та кузатувни ташкил этди, улардан 39,1% да якка тартибда, 4,3% да скелет тизимли дисплазияларининг таркибида, 17,4% да қўлларнинг қийшиқлиги билан биргаликда, 10,7% да артрогрипоз билан, 8,6% дан микросефалия, диастематомелия, туғма сколиоз ва 13% ҳолларда Арнолд-Киари малформацияси билан биргаликда учради. Мушак-скелет тизимининг кам учрайдиган нуқсонлари орасида сиреномелия (3,8%) ва genu recurvatum (1,9%) каби нуқсонлар кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, туғма мушак-скелет аномалияларининг тузилишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, пренатал даврда тизимли скелет дисплизиялари (52,8%) ҳамда оёқ маймоқлиги (43,4%) энг кенг тарқалган патологиялар эканлиги аниқланди. Кам учрайдиган нуқсонларнинг улуши 6 % дан ошмади. Мушак-скелет тизимидаги аномалиялар учраши ҳар 10 000 ҳомилага 16, 9 та ҳолатни ташкил етди.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Нуриддинова Ш.Б., Ахмедова Н.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема профилактики послеоперационного спаечного процесса остается актуальной вследствие высокой частоты развития перитонеальной адгезии после абдоминальных вмешательств.

Образование внутрибрюшинных и тазовых спаек, после перенесенных полостных операций отмечается в 60-100 % случаев, и наиболее часто после вмешательств на органах малого таза. У женщин репродуктивного возраста формирование послеоперационного спаечного процесса наряду с увеличением риска повторных операций, развитием болевого синдрома, ухудшением качества жизни и снижением трудоспособности сопряжено с развитием трубно-перитонеального бесплодия и внематочной беременности.

Цель исследования. Снижение послеоперационного спайкообразования у больных после операций на яичниках и маточных трубах путем совершенствования реабилитационных мероприятий на основе проведения иммуноферментной терапии.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали 70 пациентов с после операционном спаечном процессом в гинекологическими больными.

Результаты исследования. . У больных, оперированных по поводу патологии яичников и маточных труб, отмечается высокая частота факторов, предрасполагающих к развитию спаечного процесса — хронические воспалительные заболевания половых органов, часто специфического характера (40,7%), наличие крови в брюшной полости (19,4%), экстренность оперативного вмешательства (74,1%).

Оперативные вмешательства на придатках матки вызывают изменения в иммунной системе, проявляющиеся в развитии вторичной иммунологической недостаточности Т звена и повышением активности В-лимфоцитов, снижении фагоцитарной активности, гиперактивации бактерицидного потенциала фагоцитов. Подобные изменения указывают на формирование хронического воспаления у больных с патологией яичников и маточных труб.

Проведение терапии иммуномодулятором с пролонгированной гиалуронидазной активностью у больных после операций на яичниках и маточных трубах достоверно увеличивает субпопуляции Т- , В- и NK - лимфоцитов, а также проявляется стойким повышением фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, созданием достаточного фагоцитарного резерва и восстановлением кислородзависимого потенциала фагоцитов.

Коррекция нарушений иммунитета у больных после операций на придатках матки позволяет снизить частоту перитонеальной адгезии, так и степень выраженности спаечного процесса. При лапаротомном доступе при проведении курса терапии «ЛОНГИДАЗОЙ» частота спайкообразования была ниже на 26,6%, при лапароскопическом — на 7,7% ($p<0,05$).

Послеоперационный курс иммуноферментной терапии позволяет снизить частоту трубной окклюзии у больных, оперированных лапаротомным доступом, на 33,4%, лапароскопическим — на 10,9%, а также уменьшить частоту реконструктивных операций по поводу бесплодия у данной категории больных.

Использование с целью предотвращения спайкообразования «ЛОНГИДАЗЫ» позволяет сохранить репродуктивное здоровье у больных после вмешательств на маточных трубах и яичниках. После лапаротомических операций наступление беременности у пациенток, которым проводилась иммунокоррекция, отмечалась чаще на 35,4%, при лапароскопических — на 17%, по сравнению с больными которым проводился базисный объем реабилитации.

Вывод. На основании проведенного исследования обосновано использование иммуномодулирующей терапии и ферментов с пролонгированной активностью в послеоперационном периоде у больных с заболеваниями придатков матки с целью предотвращения спайкообразования и профилактики нарушений репродуктивной функции.

Определены наиболее адекватные схемы назначения Лонгидазы с целью предотвращения спайкообразования после операций на яичниках и маточных трубах.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В С ЛЯМБЛИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Н.Ф.Нурматова
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью работы явилось изучить состояние микробиотопа кишечника у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) с сопутствующим лямблиозом кишечника.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 142 детей, больных ХГВ в возрасте 3-14 лет. Из них, сопутствующий лямблиоз кишечника выявлен у 62 (43,7%) детей, которые вошли в основную группу. Остальные 80 (56,3%) детей, больных ХГВ без лямблиоза составили группу сравнения. Диагноз ХГВ устанавливался на основании анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Этиологический диагноз подтверждался по наличию в сыворотке крови маркеров HBV-вируса и исключения HCV, HDV-вирусов. Лямблиоз кишечника диагностировали: микроскопией кала (3-х кратно) ИФА методом определяли антитела к G. Lamblia класса Ig M и Ig G в сыворотке крови и специфический антиген в фекалиях.

Результаты и их обсуждения. Полученные результаты свидетельствовали о наличии более выраженных форм дисбактериоза кишечника у детей, больных основной группы ($p<0,05$). У детей основной группы, преобладал дисбактериоз IV ст. (48,5% против 10,0%) $p<0,001$. III степень дисбактериоза отмечены у 32,2% против 17,5% контрольной группы. В группе сравнений преобладал II степень дисбактериоза (60,0% против 19,3%). Дисбактериоз IV степени выявлен у 30 (48,5%) детей, основной группы. Сопровождался значительной активизацией условно-патогенной микрофлоры на фоне дефицита колибактерий и отсутствия бифидо и лактобактерий у 18 (60,0%) детей, низкого количества лактобактерий и отсутствия бифидобактерий - у 12 (40,0%) больных. По виду возбудителя грибковый дисбактериоз имел место у 14 (46,6%) детей, стафиллококковый у 8 (26,6%) детей, протейный у 6 (20,0%) детей, смешанный или ассоциированный (протейно-клебсиеллезный) у 6-х (20,0%) больных. Но сравнивая высеваемость УПФ в контрольной группе, мы установили, что в основной группе имеет место выраженной активации УПФ, грибов рода Candida (46,6% против 6,6%, $p<0,005$).

Дисбактериоз III степени выявлен у 20 (32,2%) больных основной группы, тогда в контрольном определялись в 17,5% случаев. Характеризовался дефицитом бифидобактерий у 8 (40,0%) и лактобактерий у 10 (50,0%) детей, снижением или полным их отсутствием у 40,0% и 50,0% соответственно, на фоне значительного количественного и качественного изменения штаммов E.coli. Число условно-патогенных

микроорганизмов значительно повышалось и встречалось в разных ассоциациях: клебсиеллы и грибы рода Candida (30,0%), протеи, стафилококк белый, грибы рода Candida (40,0%), протеи и клебсиелла (20,0%). Титр условно-патогенных микроорганизмов превышал предельно - допустимые количества на 1-2 порядка. В контрольном группе эти изменения были схожими, но титр УПФ были намного ниже. Дисбактериоз II степени основном преобладал у детей группы сравнения, чем основного (60,0% и 19,3% соответственно) и сопровождался снижением количества E.coli от 1 млн/г до 150 млн/г, выявлено снижение кислотообразующей активности лактобацил. У всех детей имели место изменения качественного состава кишечной палочки: снижение ферментативной активности (у 50-75 % штаммов), и появление до 20% лактозонегативных штаммов. Так, дисбактериоз I степени в основной группе не обнаружен ни у одного больного, а в контрольной группе составил 12,5% случаев ($p<0,001$).

. **Заключение.** У детей больных, ХГВ в 43,7% выявляется сопутствующий лямблиоз кишечника, при микробиоценозе кишечника характеризуется выраженными дисбиотическими изменениями и этот факт свидетельствует о глубоких нарушениях микробного пейзажа кишечника у детей ХГВ на фоне лямблиоза. Таким образом, лямблиоз кишечника у детей, больных ХГВ значительно усугубляет имеющийся дисбактериоз кишечника, которые в совокупности оказывают отрицательное действие на течение и исход основного заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Одилбекова М.М., Мамажонова С.О.
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Предменструальный синдром – симптомокомплекс, который развивается во второй фазе менструального цикла и проявляйся 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 возникновении ПМС. Можно считать, что ПМС это проявление недостаточности адаптационной системы организма на уровне гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники.

Целью 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, сравниваемы 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.

Выяснилась, 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 гараздо быстрее, чем у больных II и III группе пациентов, которые принимали седативные препараты растительного, что значительно уступает показателям у пациентов I группы. У больных III группы показатели улучшении 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 3раза 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.

AYOLLAR GINEKOLOGIK KASALLIKLARINI ZAMONAVIY TASHXISLASH VA DAVOLASH

Otajonova G.U.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Ayol reproduktiv tizimi murakkab tuzilgan, bu tizimning normal ishlash qobiliyatini buzish oson, ammo uni qayta tiklash juda qiyin. Hozirgi kunda ayollar eng ko‘p uchraydigan kasalliklardan biri endometriozdir.

Ko‘p hollarda kasallik belgilarsiz kechganligi sababli kasallik haqida statistikalar berish biroz qiyinroq. Avvallari bu kasallik 30-50 yoshli ayollar o‘rtasida uchragan bo‘lsa, hozirgi kunga kelib endometrioz bilan 20-25 yoshli ayollar ham aziyat chekishmoqda.

Endometrioz qanday kechadi? Endometrioz – jiddiy kasallik bo‘lib, bachadon ichki qavati – endometriyning buzilishi bilan kechadi. Bu kasallikda endometriy qavat hujayralari bachadondan tashqarida o‘sib ketadi. Kasallik xavfli bo‘lishining sabablaridan biri, uni tashxislashning qiyinligidir. Umuman olganda endometriozning o‘ziga xos belgilari ham bor, ammo ayrim simptomlari ayollarda uchraydigan bir qator ginekologik kasalliklar bilan bir xil kuzatilishi mumkin. Shu sababli endometriozning ilk belgilari paydo bo‘lishi bilan umumiy tekshiruvlardan o‘tish kerak.

Kasallik profilaktikasi uchun ginekolog nazoratida bo‘lish tavsiya etiladi, ammo ko‘pchilik ayollar hech qanday kasallik bezovta qilmagan vaqtlarda profilaktika uchun ham shifokor huzuriga borishmaydi.

Endometrioz turlari. Patologik to‘qimaning joylashgan joyiga va darajasiga qarab endometrioz kasalligining bir necha turi farqlanadi.

- Genital endometrioz – reproduktiv a’zolarda kuzatiladigan endometrioz;
- Ekstragenital endometrioz – qo‘shni a’zolar zararlanishi bilan kechadigan endometioz (siydik pufagi, buyraklar, qorin devori va boshqalar).

Genital endometrioz ikkiga bo‘linadi:

- Tashqi – qinda, qin-rektal devorida, bachadon nayida va tuxumdonlarda;
- Ichki – bachadon endometriozi yoki adenomioz.

Endometrioz kasalligi sabablari. Afsuski, shifokorlar va olimlar ham hali hanuz kasallikni keltirib chiqaruvchi aniq bir sababni topa olishmagan. Bir necha nazariyalar bor xolos, ularning hech qaysi bir o‘z isbotini topmagan.

Retrograde hayz ko‘rish – bunda hayz suyuqligining bir qismi bachadonning boshqa qsimlariga, bachadon nayi ba’zida qorin bo‘shlig‘iga tushib qoladi. Hayz suyuqligi o‘zida endometriy qavati hujayralarini saqlaydi. Natijada, bu hujayralar bachadondan tashqarida joylashib qolib, o‘sha joyda yopishadi va ko‘paya boshlaydi.

Bachadonda o‘tkazilgan turli xil muolajalar – homila tushishi, abort, poliplarni olib tashlash, har qanday ko‘rinishdagi jarrohlik amaliyotlari, laproskopiya va keservo amaliyoti ham bachadon ichi membranasini jarohatlaydi. Albatta, jarrohlik amaliyotlaridan keyin membrana tez tiklanadi, biroq uning o‘rnida chandiq qoladi. Chandiq esa endometriy qavati o‘sishiga to‘sqinlik qila olmaydi.

Gormonlar o‘zgarishi – gormonlar miqdori va sintezining o‘zgarishi ham endometrioz kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin. Xavf guruhida doimiy stress va jismoniy-ruhiy zo‘riqishda yuradigan ayollar bo‘lib, ularning ko‘pchiligida endometrioz kasalligi kelib chiqadi.

Bundan tashqari irsiy omilning ham roli bor – ba’zi olimlar qayd etishicha oila a’zolari, yaqin qarindoshlar orasida endometrioz kasalligi kuzatilgan bo‘lsa, shu ayolning o‘zida ham kasallik rivojlanish xavfi yuqori bo‘ladi. Hozirgi kunda maxsus DNK-test yordamida endometriozga moyil ayollarni aniqlab olish imkoni tug‘ilgan. Bu esa xavf guruhidagi ayollar uchun profilaktik chora tadbirlarni qo‘llash imkonini beradi.

Endometrioz belgilari va tashxislash. *Endometriozni tashxislash ayrim sabablarga ko‘ra qiyinchilik tug‘diradi. Birinchidan, kasallik hech qanday simptomlarsiz boshlanadi, faqatgina jiddiy o‘zgarishlar kuzatilgandagina bilinadi. Ikkinchidan, endometriozda kelib chiqadigan simptomlar yana bir necha kasalliklarda ham kuzatiladi.Aniq diagnoz qo‘yish uchun esa bir nechta tekshiruvlardan o‘tish kerak bo‘ladi, UTT (UZI), ginekologik oyna yordamida tekshirish, kolposkopiya va laproskopiya.*

Bachadon tanasi endometriozi belgilarini har bir ayol bilishi va uning ilk yuzaga chiqishida o‘z vaqtida shifokorga murojaat etishi zarur. Ko‘pgina simptomlar hayz sikli bilan bog‘liq holda kechadi. Eng ko‘p uchraydigan va aniq simptomlardan biri – hayz ko‘rish vaqtida og‘riq hissining bo‘lishi. Og‘riq ayol kishini hayz ko‘rishdan 1-2 kun oldin azoblay boshlaydi va hayz ko‘rishning 3 kunida maksimal darajaga yetadi. Hayz ko‘rishda og‘riq bo‘lishiga sabablar turli xil bo‘ladi. Ko‘p hollarda, og‘riqqa sabab mushaklar qisqarishiga olib keluvchi modda – prostaglandin ko‘payishi sabab bo‘ladi. Ularning bachadon to‘qimalarida ko‘payishi kuchli og‘riq hissini chaqiradi. Og‘riq faqatgina hayz ko‘rish vaqtida bo‘lmay, hayz siklining o‘rtasida ham yuzaga chiqishi mumkin. Bunga sabab patologik o‘zgarish fonida kelib chiqqan yallig‘lanishdir.

Bachadon tanasi endometriozi nimasi bilan xavfli? Bachadon endometriozi oqibatlari xavflidir. Avvalo, bu kasallik ayol kishida bepushtlikka sabab bo‘lishi mumkin. Bu isbotlanmagan bo‘lsa ham, endometrioz bilan kasallangan ayollarning 60% ida homilador bo‘lish qiyinligini aniqlangan.

Ba’zi ilmiy izlanishlar ko‘rsatishicha, tuxum hujayraning urug‘lanishi qiyinlashuviga sabab aynan bachadon ichki qavatining o‘sib ketishidir, ya’ni urug‘langan tuxum hujayra bachadon devoriga yopisha olmaydi. Ayrim hollarda gormonal o‘zgarish tufayli, ayol kishida umuman ovulyatsiya jarayoni ro‘y bermasligi ham mumkin.Bachadon ichki qavatida tugunlar hosil bo‘lishi, bachadonning egilib qolishiga olib keladi va bu ham tuxum hujayraning urug‘lanishiga qarshilik ko‘rsatadi.

Baxtimizga, ko‘p hollarda bepushtlik – endometrioz davolanishi tufayli, bartaraf etiladi. Lekin, kasallikning og‘ir ko‘rinishlarida, bachadonning zararlanishi chuqurlashsa hech qanday muolajalar yordam bera olmasligi va ayol kishi bachadoni olib tashlanishi mumkin.

Endometrioz holatida ham homiladorlik ro‘y bersa ham, uni saqlab qolish qiyin bo‘ladi. Adenomioz holatlarida homila tashlash, sog‘lom ayollarga qaraganda ko‘proq uchraydi. Shu sababli endometrioz bilan kasallangan ayollar o‘z sog‘liqlariga e’tibor berishlari va jismoniy-ruhiy zo‘riqishlardan qochishlari kerak.

Endometrioz kasalligi oqibatida bachadon miomasi ham rivojlanishi mumkin. Bu esa endometriy hujayralarining ko‘payishida buzilishga uchrashi bilan tushuntiriladi. Ushbu holatda bachadonni olib tashlash amaliyoti bajarilishiga to‘g‘ri keladi.

Yuqorida keltirib o‘tilganlarni o‘qib endometrioz kasalligining qay darajada xavfli ekanligini bilib oldingiz, shu sababli shifokor nazoratidan profilaktik maqsadlarda o‘tib turish kerak.

Yuqorida sanab o‘tilgan davo usullari yordam bermagan holda, eng so‘ngi variant – bachadon butunlay olib tashlanadi. Shifokorlar bu usuldan qochishga harakat qilishadi. Sababi faqatgina ayol kishining homilador bo‘lish qobiliyatini saqlab qolish emas, umuman ayol organizmining reproduktiv gormonlar ta’sirida ishlashidir. Bachadon va tuxumdonlarni olib tashlash ayol hayotini o‘zgartirib yuboradi.

Endometrioz kasalligi profilaktikasi. *Kasallikning to‘liq profilaktikasi qiyin. Chunki kasallikning kelib chiqish sababi aniq meas. Shunday bo‘lsa ham, ba’zi chora tadbirlarni bajarish yordam beradi.*

- Birinchidan har qanday jismoniy va ruhiy zo‘riqishlar, stress holatlaridan qochishga harakat qiling;
- Ikkinchidan o‘z sog‘ligingiz haqida qayg‘uring. Abortlar, bachadonni tozalash, turli xil yallig‘lanish kasalliklaridan saqlaning. Chunki bularning barchasi bachadon himoyaviy membranasining buzilishiga olib keladi va endometriozga sabab bo‘lishi mumkin.

Bundan tashqari bir yilda kamida 2 marotaba ginekolog ko‘rigidan o‘tib turish kerak. Shunda ayol organizmida ro‘y berishi mumkin bo‘lgan har qanday o‘zgarishlar haqida oldindan bilib olish ehtimoli paydo bo‘ladi.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛОСКОСТОПИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Пансатова Н. У., Джураев А.М., Исматуллаева М.Н.
Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Введение. Проблема оздоровления и улучшения лечебно-профилактических работ в первичном звене здравоохранения является одним из задач поставленное перед ними. Одним из таких, требующих всестороннее рассмотрение проблем является плоскостопие у детей дошкольного возраста [1,2], по которой родители первую очередь обращаются за помощью к специалистам в поликлиниках [4]. По различным источникам встречаемость плоскостопия (ПС) составляет от 12,8 до 16,1% с тенденцией к снижению с возрастом среди детей [5]. Дошкольный возраст является основным периодам развития сводов стопы, и дети с симптомами плоскостопия должны начать получать лечение в этом возрасте [3], но не всегда в ходе консервативного лечения достигается нужная эффективность от проводимой терапии.

Цель исследования. Изучение эффективности предложенного нами усовершенствованной модели ортопедической стельки при лечении детей дошкольного возраста в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты исследования 95 детей от 3 до 7 лет, (сред.4,7±1,22) проживающих в городе Ташкенте. После информированного согласия пациента и одобрения родителей, проведены исследования: плантография, с одновременным оцениванием по шкале коморбидности Charlson, угла по Clarke’s, индексов Чижина и Фридланда. Одновременно проведён сбор жалоб, анамнестических данных и общеклинического осмотра. Все пациенты были распределенных на 2 группы, аналогичные по возрасту, полу и степени патологии: I-группа, основная – 45 (47,4%) детей, в лечение которых в комбинации с ЛФК была использована предложенная нами усовершенствованная модель ортопедической стельки; II-группа, контрольная – 50 (52,6%) детей, в лечение которых в комбинации с ЛФК применена стандартная ортопедическая стелька, содержащая многослойную основу с супинатором.

Результаты. Как показали наши исследования 1-я степень ПС была диагностирована у 53 (55,8 из 95) пациентов, 2-я степень – 34 (35,8%) и 3-я степень – 8 (8,4%) пациентов. До лечения высота свода стопы в основной группе составлял в среднем - 2,75±0,02 см., в контрольной группе - 2,73±0,03 см. После комплексного консервативного лечения, через 9 месяцев, в основной группе данные показатели в среднем составили - 3,02±0,04 см., в контрольной группе - 2,84±0,03 см, и разница между группами составил 10,62%, ($P\leq0,05$). В ходе оценивании динамики изменений по индексу Чижина (на основании плантографии), было выявлено, что данный показатель до лечения в основной группе составлял 11,8±0,5, через 6 месяцев - 6,2±0,7 и через 12 месяцев - 3,2±0,6 ($P<0,01$). В контрольной группе данные показатели составили соответственно - 11,3±0,4; 8,4±0,5 и 5,1±0,7 ($P<0,01$). Только к 18-24 месяцу использование традиционной стельки позволило достичь результата с отсутствием достоверного различия по отношению к усовершенствованной стельке. В ходе интерпретации динамики изменений индекса Фридланда отмечали аналогичные изменения. В частности, у детей из основной группы показатель до лечения составлял - 19,8±0,4; через 6 месяцев - 22,1±0,5 и через 12 месяцев - 23,9±0,5 ($P\leq0,05$). У детей из контрольной группы - 20,1±0,3; 21,6±0,4 и 22,6±0,4 соответственно, ($P<0,01$).

Одновременно, в ходе клинического исследования, была изучена общеклинические симптомы характерные для ПС у детей.

В ходе анализа динамики клинических симптомов отмечено улучшение общего состояния детей из основной группы на 22,5% быстрее по отношению к контрольной группе, что также доказывает высокую эффективность предложенного нами консервативного метода лечения. Как показали наши исследования, в основной группе отличные и хорошие результаты отмечены среди пациентов с 1-степенью ПС – в 96% случаях, с 2-степенью – 87,5%, с 3-ст. в 50% случаях. В тоже время, не эффективность лечения отмечено у пациентов из основной группы у 8,9% и неудовлетворительный результат у 2,2% пациентах. Если рассмотреть контрольную группу, то отличные и хорошие результаты отмечены среди пациентов с 1-степенью ПС в 75%, с 2-степенью – 61,1%, с 3-ст. в 25% случаях. Отсутствия эффективности лечения отмечено у 24% пациентов и неудовлетворительное лечения у 10% пациентов с плоскостопием.

Выводы. Использование предложенного нами усовершенствованной модели ортопедической стельки при лечении детей с плоскостопием, повышает эффективность амбулаторного лечения до 22,9% с сокращением длительности лечения до 9 месяцев.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Пулатов Музаффар Эргашевич
Андижанский государственный медицинский институт

Во многих регионах мира складывается неблагополучная ситуация по парентеральным вирусным гепатитам (ВГ). По данным ВОЗ, в мире количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) составляет не менее 500 млн. человек, при этом более 170-200 млн. из них являются больными хроническим гепатитом С (ХГС) (5,6,7). Маркеры вирусного гепатита С(HCV)диагностированы у 1-3% населения земного шара. Эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту С по данным НИИ вирусологии 2016-2017 годах в Узбекистане насчитывается около 1,3 миллион больных с хроническим гепатитом С. Люди, страдающие вирусном гепатитом С, являются основной причиной развития хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. При этом в 60-70% случаев и более исходы данной инфекции развивающиеся в поздние сроки (спустя 15-25 лет после инфицирования) являются причиной смерти больных. Отсутствие специфической профилактики гепатита С и сложности лечения определяют актуальность данной проблемы медицины.

Цель исследования. Установление широты распространения ВГС среди здоровых детей и взрослых, а также разных групп риска в г. Андижане относящиеся, как и вся Ферганская долина к гиперэндсмической зоне по заболеваемости вирусными гепатитами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 977 человек (570 взрослых и 402 детей) составляющие 4 группы. В I группу вошли 260 практически здоровые детив возрасте от 1 до 14 лет

организованные в детские ясли, сады и школы. 2-ю группу составили 104 практически здоровые взрослые, в возрасте 18-50 лет. 3-ю группу составили 471 кадровые доноры постоянно сдающие кровь в станцию переливания крови, г. Андижана. В 4-ю группу вошли 142 детей - пациенты реанимационного отделения, находящиеся там с тяжелыми формами ОКИ, сепсиса и других заболеваний. Обследованные дети и взрослые в указанныхвыше группах отрицали в анамнезе перенесенные парентеральные вирусные гепатиты.

У всех наблюдаемых наряду с общеклиническими обследованиями проведённого стандартного набора лабораторных исследований, определяли антитела к гепатиту С (анти- HCV) методом иммуноферментного анализа (ИФА)- 3 поколения.

Результаты обследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что в 1-группе практически здоровых детей - HCVобнаружены у 14 (53%), а среди обследованных здоровых взрослых у 7 (6,6%).

Среди кадровых доноров анти-HCVвыявлены у 90 лиц среди больных реанимационного отделения относящиеся к группе высокого риска анти - HCVвыявлен больше всех у 36(25.3%).

Выводы. У пациентов с риском парентерального инфицирования выявлена высокая частота обнаружения анти - ВГС.

3. Наиболее высокие показатели выявляются у часто болеющих детей, пациентов реанимационного отделения, взрослых кадровых доноров и сравнительно низкие у практически здоровых детей и взрослых.
4. Высокий уровень носительства объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций по сравнению с группами практически здоровых детей и взрослых.

ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рахманова У.Х.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Традиционно описывая респираторные инфекции, мы представляем заболевания с характерной высокой контагиозностью, сходными клиническими симптомами с поражением различных отделов респираторного тракта (ринит, риносинусит, тонзиллит, ларингит, ларинготрахеит, бронхит, конъюнктивит и др.).

В англоязычных странах часто используют термин commoncold - острый катаральный синдром различной этиологии легкой степени тяжести.

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 нарастали 1,5 раза, у 20 (50%) больных титры антител на парагрипп нарастали 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 нёбных 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.

Выводы. Таким образом, в этиологической структуре инфекций верхних дыхательных путей у детей младшего школьного возраста существенная роль принадлежит вирусу парагриппа и бактериальной инфекции.

ХРОНИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ

Рахманова У.Х.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической 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 позволил 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%) больных 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.

ЁШ БОЛАЛАР, ЎСМИРЛАР, ҲОМИЛАДОРЛАРДАТУРЛИ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДАЭНДЕМИК БЎҚОҚ ХАСТАЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛПАЦИЯСИНИ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

М.М.Рахматова.
ОШ МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги: Йод танкислиги билан боғлиқ касаллик ва маълум регионларда яшовчи одамларда атроф-мухитда йод етишмаслиги натижасида ривожланади. Йод танқислик касалликлари жаҳонда кенг тарқалган касалликликлардан бўлиб ҳисобланади.

Ер шарида йод танкислик мухитида 1,5 млрд га яқин аҳоли яшайди ва улардан 600 млн кишида қалқонсимон безнинг катталашиши, 40 млн да эса йод етишмовчилиги сабабли ақлий заифлик кузатилади.

Йод етишмовчилиги одатда эндемик бўқоқ ривожланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида, қалқонсимон безда турли касалликлар, шу жумладан, тугунли хосилалар пайдо бўлишига мойиллик туғдиради**.** Йод миқдори етишмаслиги турли қалқонсимон без касалликларини келтириб чиқаради. Бу касалликнинг юртимиз ҳудудидаги энг кенг тарқалган тури эндемик бўқоқ бўлиб, асосан, ёш болалар, ўсмирлар, ҳомиладор ҳамда эмизикли аёлларда кўп учрайди.

Бўқоқ таснифи

0 - даража - бўкок йўк;

1 - даража - ҚБнинг бўлаклари бош бармоқ дистал фалангасидан бироз каттарок. Бўкок пайпасланади, аммо кўзга кўринмайди;

2 - даража - бўқоқ пайпасланади ва кўзга кўринади.

3-даража-катталашган без кўзгаяхшиташланади.

4-даража-безбўйиншаклинисезиларлиравишдаўзгартирган

5-даража-Безнинг ўлчамлари жуда катта

Без фаолиятининг пасайиши, йод миқдорининг етишмаслиги қуйидаги салбий оқибатларни юзага келтиради:1.Ҳомиладорликда оғир асоратларга сабаб бўлади:Ҳомилада бош мия ривожланишига салбий таъсир кўрсатади;Умуман, ҳомила ўсиши ва ривожланишида орқада қолиш;Бола ташлаш ва боланинг муддатидан олдин туғилиши;

Ўлик чақлоқнинг ёки ақлий ва жисмоний жиҳатдан заиф, ногирон боланинг дунёга келиши

2. Болаларда; ўсиш жараёнини кечикиши ва ақлий қобилиятни пасайиши, Юрак-қон томир касалликлари, гипертония, гипотония, атеросклероз, ошқозон-ичак касалликлари, қабзият ва ич кетиши. Асаб тизими фаолияти бузилиши; Депрессия,жинсий безлар фаолияти сусайиши,суяклар ривожланишининг пасайиши, паст бўйлик ва остеопороз, айрим ҳолатларда бу хасталик қалқонсимон безда саратон бўлмаган ва ёки саратон ўсимталарининг пайдо бўлишига замин яратади. Ҳатто йод танқислигининг энг енгил шаклида ҳам минтақа аҳолисининг интелектуал салоҳияти 15-20 фоизга камаяди.

1 ёшгача бўлган болаларда юкори перинатал ўлими: неврологик кретинизм,аклий заифлик, кар-соковлик, ғилайлик.

Мақсад: Ёш болалар. ўсмирлар, хомиладорларда касалликнинг турли шаклларида қалқонсимон без палпацияси орқали касалликни эрта аниқлашдан иборат.

Тадқиқот объекти ва предмети: Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят шахар 3-ОП да тиббий кўрикдан ўтаётган ёш болалар, ўсмирлар ва хомиладорлардан текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилганлардан шикоятлари сўралди ва қалқонсимон без палпацияси ўтказилди ва касалликни даражаларга бўлинди касалликни белгилари билан беморларнинг асосий қисми амбулатор равишда кузатувга олинди ва мутахассис маслахатига йўналтирилди. Қолганларга профилактик мақсадида тушунтириш ишлари соғлом овқатланиш тўғрисида маслахатлар берилди.

Ёшга нисбатан ёдга бўлган кунлик эҳтиёжи?

12 ёшгачабўлганболаларучун – 50 мкг;
2-6 ёшгачабўлганболаларучун – 90 мкг;
7-12 ёшгачабўлганболаларучун – 120 мкг;
12 ёшданкатталаручун – 150 мкг;
Ҳомиладорваэмизиклиаёлларучун – 200 мкг.

Хулоса. Хулоса қилиб, айтиш мумкинки,эндемик бўқоқни эрта босқичларида клиник белгилар сезилмаслиги мумкин шу даврда ОШ бу касалликни эрта аниқлаш мақсадида поликлиника шароитида қалқонсимон без палпациясини ўтказиш керак. Касалликни эрта аниқлаш ва даво маслахатларини эртароқ белгилаш эса касалликнинг енгил кечиши ва унинг асоратларини олдини олади. Эндемик бўқоқнинг олдини олиш ҳамда даволашнинг энг самарали, энг осон ва арзон усули – бу йодланган ош тузи истеъмоли, йод препаратларидан истеъмол қилиб бориш (шифокор текширувидан сўнг); йод танқислигига қарши кўрашиш учун океани маҳсулотларининг консерва кўринишидан истемол қилиб туриш лозим.

ТУРЛИ ЁШДА СЕМИЗЛИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ТВИ ТЕКШИРИШНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

М.М.Рахматова.
ОШ МО ва ҚТ, ССБ ЖСС кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги: Семизлик - ёғнинг кўп микдорда бўлиши (организмдаги ёғ тўкимаси) меъёрида эркакларда 15-20%, аёлларда 20-25% тўла одамларда 50% ва ундан ортик. Аёллардасемизлик кўпинча кеч етилиш ёшида ва эрта кариш вақтида учрайди. Эркакларда эса, эрта етилиш ёшидаучрайди. Турли мамлакатлардаги хаёт тарзи яхшиланиши билан у камайиб боради. Эркакларда эса бунинг акси кузатилади. Шуниси ёмонки, семиз одамлар, айникса юкори даражадаги семизликда улар, умуман озмайдилар, ёки даволаш чора – тадбирларидан кейин тез суръатда аввалги вазнларини тиклайдилар. Тана вазнлари 120% дан ортик бўлганлар 6-16% ни ташкил этади, тана вазни 110% га ортик бўлганлар 10-21% ни ташкил килади. Болалар ва ёшлар ўртасида тана вазни 120% дан ортиклари 5% ни, 110% дан ортиклари 8,1% ни ташкил килади.

Семизлик ва бошка касалликлар.

Юрак қон томир касалликлари – юрак санчиғи хавфи (стеконардия) ва тўсатдан ўлим.

Беморлар шикояти: хамрох касалликларни оғирлиги, вақти ва ривожланишига боғлиқ бўлади. 1-2 даражасида (алиментар - конституционал шакли) одатда шикоят қилмайди, семизликни анча юқори даражасида: холсизлик, тез чарчаш, меҳнат қобилиятини пасайиши, бош оғриғи, таъсирчанлик, атрофдагиларга бефарқлик, уйқуни бузилиши безовта килади. Юкламада хансираш, юракни тез уриши, юракда оғрик, оёкларда шиш, бўғинларда оғриқ бўлиши мумкин. Ошкозон - ичак йўлларидаги ўзгаришда: жигилдон қайнаши, кўнгил айниш, оғизда аччик сезиш, ўнг қовурға остида оғрик кузатилади.

Ташҳислаш. Семизликни кўрсаткичи бўлиб тана вазнини кўпайиши хисобланади.

Семизликни 4та даражаси ажратилади –
1 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 29% га ортиши
2 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 30-49%га ортиши
3 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 50-99% га ортиши
4 даража – «идеал» вазнга нисбатан тана вазнини 100% га ортиши
Кетле индекси
Тана вазни кг **:** бўйи м^2
БССТ классификацияси (1997й):
- 18,5дан кам – тана вазни кам
- **18,5 – 24,9 – номал тана вазни**
- 25,0 – 29,9 – тана **р**вазни ортиқ
- 30,0 ва ортиқ - семизлик бор дейилади.

Тадқиқот объекти ва предмети: Олдимизга қўйилган мақсад ва вазифаларга ечим топиш учун Андижон вилоят шахар 3-ОП да тиббий кўрикдан ўтаётган 40 ёшдан ошган аҳоли ўртасида текширув ўтказилди. Текширувдан ўтказилганлардан шикоятлари сўралди ва Бўй ва оғирлиги ўлчанди ТВИ хисоблаб чиқарилди. Бел айланаси ўлчанди ва изоҳланди Осон усуллардан бири **БА/СА индекси** (бел айланасининг сон айланасига нисбати)

Эркаклар учун **БА/СА =1,0**

Аёллар учун **БА/СА = 0,85** ва касалликни даражаларга бўлинди касалликни белгилари билан шикоят қилганлар амбулатор равишда кузатувга олинди ва мутахассис маслахатига йўналтирилди. Қолганларга профилактик мақсадида тушунтириш ишлари соғлом овқатланиш тўғрисида маслахатлар берилди.

Хулоса. Хулоса қилиб, айтиш мумкинки,семизликни эрта босқичларида клиник белгилар сезилмаслиги мумкин шу даврда ОШ бу касалликни эрта аниқлаш мақсадида поликлиника шароитида оғирлик ва бўйни ўлчаб ТВИ аниқлаш керак. Клиникни эрта аниқлаш ва даво маслахатларини эртароқ белгилаш эса касалликнинг енгил кечиши ва унинг асоратларини олдини олади. Семизликнинг олдини олиш ҳамда даволашнинг энг самарали,меъёрий овқатланишни ташкил этиш, жисмоний фаоллик, соғлом турмуш тарзига риоя қилишдан иборат.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МЕТОДОМ ВРЕМЕННОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА

Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Эргашев Б.Н., Джабборов Р.Т.
(РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз, директор – д.м.н. Ирисметов М.Э.)

Приобретенные деформации оси нижних конечностей у детей возникают после рахита в 17,2% (Царёва Е.Е., 2008). Деформации области колена составляют основную часть деформаций оси нижней конечности. До настоящего времени проблема лечения рахитичеких деформаций нижних конечностей остаётся актуальной, в связи с тяжестью поражений и длительностью проведения лечебных мероприятий.

В результате позднего обращения родителей с рахитическими деформациями у детей зачастую возникает необходимость применения хирургического метода лечения. В последние годы в нашей клинике стали широко применять метод гемиэпифизеодеза для устранения рахитических деформаций. Временный гемиоэпифизеодез является малоинвазивным методом и основан на воздействии на ростковую зону костей при осевых деформациях нижних конечностей. При этом создаётся временное торможение роста костей за счет асимметричной компрессии ростковой зоны. После устранения деформации производилось удаление металлоконструкций.

Показаниями к временнему гемиэпифизеодезу явились:

- возраст больных – 7-15 лет;
- достаточно функционирующая ростковая зона (рентгенологически);
- угловые эпиметафизарные деформации бедренной кости на уровне коленного сустава разной этиологии.

Суть метода заключается в экстрапериостальной имплантации пластины (8-plate), которую фиксируют в проекции зоны роста двумя винтами. В процессе роста кости в части эпифизарного хряща, который прилежит к пластине, формируется зона избыточного давления, что ведет к снижению скорости роста в ней в отличие от контрлатеральной стороны.

Имплантацию пластины производят под наркозом. После обработки кожи в асептических условиях выполняют разрез кожи длиной до 3,5–5 мм в проекции зоны роста. При доступе важным условием является сохранение периоста интактным для профилактики возможных осложнений в виде преждевременного закрытия зоны роста. Под контролем ЭОП верифицируют зону роста, помечают ее с помощью спицы Киршнера, после этого формируют каналы под винты в эпифизе и метафизе. Особое внимание необходимо уделять сохранности зоны роста и правильности введения винта в эпифиз, чтобы не пенетрировать

суставную поверхность. Пластина, связывая эпифиз и метафиз в зоне имплантации, является таким образом своеобразной точкой вращения (петлей), которая способствует появлению вращающего момента в процессе роста, ведущего к коррекции деформации. Под контролем ЭОП верифицируют зону роста, помечают ее с помощью спицы Киршнера, после этого формируют каналы под винты в эпифизе и метафизе. Особое внимание необходимо уделять сохранности зоны роста и правильности введения винта в эпифиз, чтобы не пенетрировать суставную поверхность.

Под нашим наблюдением находились 82 больных детей (164 оперированная конечность) с осевыми деформациями нижних конечностей лечившиеся в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО МЗ РУз в период с 2015 по 2020 гг. Возраст больных составил с 6 до 14 лет. Из них девочек было 51, мальчиков – 31. Среди оперированных основную группу составили дети в возрасте 10-14 лет (45 детей). Из 82 больных у 81 имелась вальгусная, а у одного больного варусная деформация.

Метод временного гемиэпифизеодеза был выполнен всем 82 больным. Из них у 81 больных с вальгусной деформацией произведена фиксация медиальной дистальной ростковой зоны бедренной кости, у 1 больного, которого имелась варусная деформация, был выполнен латеральный гемиэпифизеодез.

В послеоперационном периоде обязательным требованием является регулярный (1 раз в 3 месяца) врачебный контроль для определения динамики изменения угловых параметров нижней конечности.

Сроки коррекции деформации у наших больных колебались от 6 до 12 месяцев, после которого произведена операция по удалению металлоконеструкций. Одномоментное воздействие с 2-х сторон на ростковые зоны при гемиэпифезиодезе и применение восстановительного физиотерапевтического лечения показали на ускорение сроков коррекции.

Результаты оперативного лечения с помощью временного гемиэпифизеодеза показали эффективность данного метода при легких степенях деформации. У всех больных получены отличные и хорошие результаты.

Таким образом, применение временного гемиэпифизеодеза для устранения деформаций нижних конечностей у детей отличался малоинвазивностью по сравнению с различными видами остеотомий. Сроки коррекции деформации у наших больных колебались от 6 до 12 месяцев. Одномоментное воздействие с 2-х сторон на ростковые зоны при гемиэпифезиодезе и применение восстановительного физиотерапевтического лечения показали на ускорение сроков коррекции.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Рустамова У.М., Салиева Н.И., Валиева К.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Дисплазия тазобедренных суставов остается наиболее распространенной патологией детской ортопедии. Дисплазия — это общее название нарушений развития и роста органов и тканей, независимо от времени и причины их возникновения. Наиболее частыми дисплазиями у детей раннего возраста являются костные, из которых дисплазия тазобедренного сустава (ДТС) составляет до 15 % в структуре ортопедической патологии, приводящей к статико-динамическим нарушениям и ранней инвалидизации. За последние годы достигнуты определенные успехи в организации, диагностике и лечении врожденной и рахитической дисплазии тазобедренного сустава. Так, в нашем Центре травматологии и ортопедии внедрена методика ультразвуковых исследований тазобедренного сустава, в результате появилась возможность наблюдать детей нашего региона в сравнительном аспекте.

Цель исследования: улучшить дифференциальную диагностику рахитической гипоплазии головок бедренных костей и врожденной дисплазии элементов тазобедренного сустава у детей путем анализа рентгено-сонографических и лабораторных изменений .

Материалы и методы исследования: УЗИ проведены в области обоих тазобедренных суставов у 87 детей первого года жизни (174 тазобедренных суставов). Исследования проведены в рентгенодиагностическим отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии при помощи УЗИ-сканера SonoScapeS22 и MyLab 40 использованием мультичастотногодатчика линейного сканирования с 7,5 МГц.

Результаты и их обсуждение: Все дети были разделены на три группы. Первая основная группа - дети рахитическими изменениями – 36 детей; вторая основная группа - дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава в сочетании с рахитическими изменениями – 21 детей; контрольная группа - дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава – 30детей.

Клинически нами выявлено при рахитических изменениях: нормальное отведение ног или повышенная подвижность тазобедренных суставов; задержка развития ребенка, мышечная слабость; возможная деформация грудной клетки и нижних конечностей; возможное утолщение запястей и лодыжек. При врожденной дисплазии: ограничение отведения ног (иногда повышенная подвижность суставов), согнутых под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах; асимметричное расположение

ягодичных и бедренных складок; укорочение нижних конечностей; симптомы "соскальзывания" или "щелчка" в тазобедренном суставе; наружная ротация стоп.

В первой основной группе у детей с рахитическими изменениями на рентгенограммах тазобедренных суставов со стороны крыши впадины выраженные изменения не выявлены, выявлено недоразвитие костного ядра головки бедренной кости с обеих сторон. При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины не выявлены, выявлено отсутствие или недоразвитие головки бедра, средние показатели составили: альфа =‹60гр.; бетта=› 55гр.;

Во-второй группе у детей дети с врожденной дисплазией тазобедренного сустава в сочетании с рахитическими изменениями: на рентгенограммах тазобедренных суставов выявлены уплощение или скошенность крыши впадины, увеличение угла Хильгенрейнера, отсутствие/недоразвитие и смешение кнаружи костного ядра головки бедренной кости. При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла альфа соответствовали рентгенологическим показателям, но бетта угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствие/недоразвитие и смешение головки бедра, средние показатели составили: альфа=›43гр.; бетта =›70d.

В третьей группе у детей с врожденной дисплазией на рентгенограммах тазобедренных суставов выявлены: уплощение или скошенность крыши впадины, увеличение угла Хильгенрейнера, отсутствие/недоразвитие и смешение кнаружи костного ядра головки бедренной кости. При сонографии тазобедренных суставов изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла альфа соответствовали рентгенологическим показателям, но бетта угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствие/недоразвитие и смешение головки бедра, средние показатели составили: альфа =›43гр. бетта =›77гр.

Данные лабораторных исследований крови показали средние показатели результатов во всех группах исследования на Витамин Д – 12,5±3,5нг/мг., Остеокальцин 28,8+8,9нг/мг., щелочная фосфатаза 772+109,9ME/L., фосфор 1,6+0,8mmol/L, кальций 1,8+0,8mmol/L, ионизированный кальций 1,5+0,7mmol/L. Как видно во всех группах исследования дисплазии выявлены нарушения показателей крови.

Выводы: Таким образом, ультрасонография позволяет дифференцировать в раннем периоде жизни ребенка рахитическую гипоплазию головок бедренных костей с врожденной патологией тазобедренного сустава у детей для дальнейшего правильного выбора тактики лечения. При лечении детей с рахитической гипоплазией головок бедренных костей и врожденной дисплазией тазобедренных суставов необходимо учесть возможные лабораторные изменения и назначение препаратов кальция+витамина Д, а также расчет ингредиентов в питании.

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ УЧРАШИНИ ARIA СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА АНИҚЛАШ

Саидхонова Адибахон Муротхоновна
Тошкент Тиббиёт Академияси, 1-сон болалар касалликлари кафедраси

Дунёнинг кўплаб мамлакатларида аллергик ринит билан касалланган болалар сонининг муттасил ўсишига беморлар томонидан касаллик аломатларини нотўғри талқин қилиш, болалар аллергологига ўз вақтида мурожаат қилмаслик ва ташхислашнинг вақтида бажарилмаслиги муаммонинг доларблигини кўрсатади. Ушбу касаллик дунё миқёсидаги муаммо ҳисобланади, чунки у аллергик патология таркибида юқори ўзига хос вазнга эга (60-70%) ва педиатрик популяциясида (10-15%) кенг тарқалган бўлиб, бу янада муҳимлигини таъкидлайди.

Тадқиқотнинг мақсади: мослаштирилган ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) саволномаси бўйича алергик ринит ташхисли беморларни аниқлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот Тошкен тиббиёт академиси кўп тармоқли клиникасининг болалар аллергология бўлимида ўтказилди ва АР ташхиси билан 79 нафар бемор бола текширилди.

Аллергик ринит ташхиси қўйилган, текширувдан ўтган беморларнинг ёши 6 ёшдан 12 ёшгача, беморларнинг ўртача ёши эса 9,1 ± 0,31 ташкил этди. Барча беморларда клиникага келгунга қадар "Аллергик ринит" ни аниқлаш ёки тасдиқлашга қаратилган сўровнома ўтказилди. Сўровнома халқаро ARIA дастури томонидан ишлаб чиқилган ва мослаштирилган. Сўровнома 2 та асосий савол ва 10 та кичик банддан иборат. Кичик бандларда эса "ҳа" ёки "йўқ" жавоблари мавжуд.

Ташхис ARIA халқаро таснифи бўйича аниқланди. Текширув давомида барча 40 та беморга интермиттирловчи АР (ИАР) ва 39 та беморга - персистирловчи АР (ПАР) ташхиси қўйилган.

Барча беморларда терини тирнаш усули синаб кўрилди, у ерда аллергенларнинг турли гуруҳларининг сезгирлиги аниқланди.

Аллергенга хос иммунотерапия самарадорлиги 4 баллик тизим бўйича баҳоланди:
"4 балл" – жуда яхши натижа (даволаш курсидан кейин аломатларнинг тўлиқ йўқлиги);

"3 балл" - яхши натижа (назал нафасни сезиларли даражада яхшилаши, ҳидлаш функциясини тиклаш, ринорея ва аксириш фақат аллергия билан катта алоқада);
"2 балл" - қониқарли натижа (асосий симптомлар даволанишдан олдинги даражага нисбатан кам сезилади, медикоментоз давога бўлган эҳтиёж камайган);
"1 балл" - қониқарсиз натижа (даволанишдан ҳеч қандай таъсир бўлмаган).

Натижалар ва мунозаралар. 1-асосий савол натижаларига кўра, 79 нафар бемор билан ўтказилган сўровнома давомида қуйидаги саволларга жавоблар олинди. 40 нафар беморда (100%) бурундан сувсимон ажралма оқиши, 20 нафар болада (17,8%) – кам миқдорда шилимшиқ ажралма ажралиши аниқланди. Текширувдаги барча болаларда аксириш ва бурун битиши кузатилган (100%). Бурундан нафас олиш қийинлиги енгилдан то умуман бурундан нафас олмасликкача кузатилди. Буруннинг қичиши барча беморлар томонидан тасдиқланган, доимий қичишишни 32 нафар беморда (28,5%), ўртача қичишиш – 45 нафар (40%) беморда қайд этилди.

2-саволга жавоб берганда, барча беморлар бир томонлама бурун аломатларини инкор этдилар, бошқа симптомларсиз бурун битиши кузатилди, бу аллергик жараён мавжудлигини тасдиқлайди. Бурундан томоққа қалин ажралма оқиши 16 нафар (20,3%) беморда, 7 нафар (8,8%) беморда шиллиқ-йиринг хусусиятидаги ажралма кузатилган, бу бошқа ЛОР патологияси мавжудлигини кўрсатади. 45 нафар (40%) беморда такрорий бурундан қон кетиши, сувли ринорея ва бурунни мажбуран қоқиши билан юзага келади. 70 нафар (88,3%) беморда ҳид сезмаслик АРнинг қўшимча белгиси сифатида аниқланди.

АР билан оғриган беморларнинг оғирлигига қараб тақсимланиши қуйидагиларни кўрсатди: ИАР билан оғриган беморларда оғир даражаси 32,5% (13), ўртача даража (42,5% (17) ва енгил - 25% (10) ҳолатларда кузатилди.

Персистирловчи АР нинг енгил даражаси кузатилмади, ўртача даражаси 22 нафар (43,6%) да, оғир даражаси – 17 нафар беморда (43,6%) қайд этилди, $p<0,05$.

Интермиттирловчи АР билан 1-гуруҳдаги беморларда асосан касалликнинг кучайиши июнь ойидан июль ойининг ўрталарига қадар кузатилди. Полен аллергенлари гуруҳида кўпинча донли ўтларга сезгирлик аниқланган – 40 нафар (74,1%) беморда. Полен аллергенлари гуруҳидан бегона ўтларга сезгирлиги асосан шувоқ поленига – 35 нафар (54,9%), дарахт чангларига сезгирлиги – 7 нафар (13%) теракка 5 нафар (11,1%) беморларда кузатилди. Эпидермал сезувчанлик 3 нафар (7,5%) да қайд этилди. Текширилган беморлар гуруҳидаги болаларда маиший маҳсулотларга сезгирлик йўқлиги аниқланди.

Персистирловчи АР билан 2-гуруҳдаги беморлар полен ва уй алергенларига сезгирлик юқори эканлигини кўрсатди. 56 нафар (96,6%) беморда бегона ўтлар аллергиясига нисбатан теринининг сезгирлиги устун келди. 49 нафар (84,5%) беморларда ўтлоқ ва донли ўтларнинг чангларига нисбатан сезгирлик ўзгача эканлиги аниқланди. Полен аллергенлари орасида дарахтлар чангларига бўлган сезгирлик энг кам- 6 нафар (10,3%) беморда учради.

Уй аллергенларига нисбатан теринининг сезгирлиги ПАР билан оғриган беморларнинг деярли ярмида аниқланди – 25 нафар (43,1%). Аэроаллергенлар спектридан қуйидагилар аниқланди: Dermatophagoideus farinae - 13 нафар (22,4%), Dermatophagoideus pteronissinus - 16 нафар (27,5%), кутубхона чанглари - 6 нафар (10,4%) беморларда. Шунингдек эпидермал аллергенлар ҳам аниқланди: ит жунлар - 3 нафар (5,1%), мушукларнинг туклари - 8 нафар (13,8%) ва ёстиқ патлари - бу аллергия билан доимий алоқада бўлган 10 нафар (17,2%) беморларда кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, сўровнома ёрдамида барча болаларда аллергик ринит аниқланди, шунингдек, ЛОР аъзоларининг патологияси кузатилди, бу эса кейинги батафсил аниқ ташхисни талаб қилди.Кейинчалик, биз АРнинг биринчи аломатлари кузатилган ёшни таҳлил қилдик. АРнинг биринчи аломатлари 5,9 ёшида қайд этилган. АРга мурожаат қилиш ва клиник ташхис қўйиш ёши ўртача 9,1 йилни ташкил этди. Шуни таъкидлаш лозимки, ўртача АР белгиларининг пайдо бўлишидан ташхисгача 3 йил ўтган. Параметрик бўлмаган таҳлил усули билан 74 нафар беморда (95,5%) ташхисни шакллантириш ва кеч ташхис қўйиш аниқланди ва 5 нафар (4,5%) беморда ўз вақтида мурожаат қилинганлиги қайд этилди. Шуни таъкидлаш керакки, АРнинг енгил даражаси бўлган болалар шифокорларнинг кўрик доирасидан чиқиб кетишади, ота-оналар болаларда АР аломатларини тўғри талқин қилмайдилар ва фақат АР даражаси ёмонлашгандагина шифокорга мурожаат қилишади.

Шундай қилиб, юқоридаги тадқиқот натижалари дунё миқёсидаги маълумотларни ўхшашлигини тасдиқлади.

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ УЧРАШИНИ ARIA СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА АНИҚЛАШ

Саидхонова Адибахон Муротхоновна
Тошкент Тиббиёт Академияси, 1-сон болалар касалликлари кафедраси

Дунёнинг кўплаб мамлакатларида аллергик ринит билан касалланган болалар сонининг муттасил ўсишига беморлар томонидан касаллик аломатларини нотўғри талқин қилиш, болалар аллергологига ўз вақтида мурожаат қилмаслик ва ташхислашнинг вақтида бажарилмаслиги муаммонинг доларблигини

кўрсатади. Ушбу касаллик дунё миқёсидаги муаммо ҳисобланади, чунки у аллергик патология таркибида юқори ўзига хос вазнга эга (60-70%) ва педиатрик популяциясида (10-15%) кенг тарқалган бўлиб, бу янада муҳимлигини таъкидлайди.

Тадқиқотнинг мақсади: мослаштирилган ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) саволномаси бўйича алергик ринит ташхисли беморларни аниқлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот Тошкен тиббиёт академиси кўп тармоқли клиникасининг болалар аллергология бўлимида ўтказилди ва АР ташхиси билан 79 нафар бемор бола текширилди.

Аллергик ринит ташхиси қўйилган, текширувдан ўтган беморларнинг ёши 6 ёшдан 12 ёшгача, беморларнинг ўртача ёши эса 9,1 ± 0,31 ташкил этди. Барча беморларда клиникага келгунга қадар "Аллергик ринит" ни аниқлаш ёки тасдиқлашга қаратилган сўровнома ўтказилди. Сўровнома халқаро ARIA дастури томонидан ишлаб чиқилган ва мослаштирилган. Сўровнома 2 та асосий савол ва 10 та кичик банддан иборат. Кичик бандларда эса "ҳа" ёки "йўқ" жавоблари мавжуд.

Ташхис ARIA халқаро таснифи бўйича аниқланди. Текширув давомида барча 40 та беморга интермиттирловчи АР (ИАР) ва 39 та беморга - персистирловчи АР (ПАР) ташхиси қўйилган.

Барча беморларда терини тирнаш усули синаб кўрилди, у ерда аллергенларнинг турли гуруҳларининг сезгирлиги аниқланди.

Аллергенга хос иммунотерапия самарадорлиги 4 баллик тизим бўйича баҳоланди:

"4 балл" – жуда яхши натижа (даволаш курсидан кейин аломатларнинг тўлиқ йўқлиги);

"3 балл" - яхши натижа (назал нафасни сезиларли даражада яхшилаши, ҳидлаш функциясини тиклаш, ринорея ва аксириш фақат аллергия билан катта алоқада);

"2 балл" - қониқарли натижа (асосий симптомлар даволанишдан олдинги даражага нисбатан кам сезилади, медикоментоз давога бўлган эҳтиёж камайган);

"1 балл" - қониқарсиз натижа (даволанишдан ҳеч қандай таъсир бўлмаган).

Натижалар ва мунозаралар. 1-асосий савол натижаларига кўра, 79 нафар бемор билан ўтказилган сўровнома давомида қуйидаги саволларга жавоблар олинди. 40 нафар беморда (100%) бурундан сувсимон ажралма оқиши, 20 нафар болада (17,8%) – кам миқдорда шилимшиқ ажралма ажралиши аниқланди. Текширувдаги барча болаларда аксириш ва бурун битиши кузатилган (100%). Бурундан нафас олиш қийинлиги енгилдан то умуман бурундан нафас олмасликкача кузатилди. Бурунниng қичиши барча беморлар томонидан тасдиқланган, доимий қичишишни 32 нафар беморда (28,5%), ўртача қичишиш – 45 нафар (40%) беморда қайд этилди.

2-саволга жавоб берганда, барча беморлар бир томонлама бурун аломатларини инкор этдилар, бошқа симптомларсиз бурун битиши кузатилди, бу аллергик жараён мавжудлигини тасдиқлайди. Бурундан томоққа қалин ажралма оқиши 16 нафар (20,3%) беморда, 7 нафар (8,8%) беморда шиллиқ-йиринг хусусиятидаги ажралма кузатилган, бу бошқа ЛОР патологияси мавжудлигини кўрсатади. 45 нафар (40%) беморда такрорий бурундан қон кетиши, сувли ринорея ва бурунни мажбуран қоқиши билан юзага келади. 70 нафар (88,3%) беморда ҳид сезмаслик АРнинг қўшимча белгиси сифатида аниқланди.

АР билан оғриган беморларнинг оғирлигига қараб тақсимланиши қуйидагиларни кўрсатди: ИАР билан оғриган беморларда оғир даражаси 32,5% (13), ўртача даража (42,5% (17) ва енгил - 25% (10) ҳолатларда кузатилди.

Персистирловчи АР нинг енгил даражаси кузатилмади, ўртача даражаси 22 нафар (43,6%) да, оғир даражаси – 17 нафар беморда (43,6%) қайд этилди, $p<0,05$.

Интермиттирловчи АР билан 1-гуруҳдаги беморларда асосан касалликнинг кучайиши июнь ойидан июль ойининг ўрталарига қадар кузатилди. Полен аллергенлари гуруҳида кўпинча донли ўтларга сезгирлик аниқланган – 40 нафар (74,1%) беморда. Полен аллергенлари гуруҳидан бегона ўтларга сезгирлиги асосан шувоқ поленига – 35 нафар (54,9%), дарахт чангларига сезгирлиги – 7 нафар (13%) теракка 5 нафар (11,1%) беморларда кузатилди. Эпидермал сезувчанлик 3 нафар (7,5%) да қайд этилди. Текширилган беморлар гуруҳидаги болаларда маиший маҳсулотларга сезгирлик йўқлиги аниқланди.

Персистирловчи АР билан 2-гуруҳдаги беморлар полен ва уй аллергенларига сезгирлик юқори эканлигини кўрсатди. 56 нафар (96,6%) беморда бегона ўтлар аллергиясига нисбатан терининг сезгирлиги устун келди. 49 нафар (84,5%) беморларда ўтлоқ ва донли ўтларнинг чангларига нисбатан сезгирлик ўзгача эканлиги аниқланди. Полен аллергенлари орасида дарахтлар чангларига бўлган сезгирлик энг кам- 6 нафар (10,3%) беморда учради.

Уй аллергенларига нисбатан терининг сезгирлиги ПАР билан оғриган беморларнинг деярли ярмида аниқланди – 25 нафар (43,1%). Аэроаллергенлар спектридан қуйидагилар аниқланди: Dermatophagoideus farinae - 13 нафар (22,4%), Dermatophagoideus pteronissinus - 16 нафар (27,5%), кутубхона чанглари - 6 нафар (10,4%) беморларда. Шунингдек эпидермал аллергенлар ҳам аниқланди: ит жунлар - 3 нафар (5,1%), мушукларнинг туклари - 8 нафар (13,8%) ва ёстиқ патлари - бу аллергия билан доимий алоқада бўлган 10 нафар (17,2%) беморларда кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, сўровнома ёрдамида барча болаларда аллергик ринит аниқланди, шунингдек, ЛОР аъзоларининг патологияси кузатилди, бу эса кейинги батафсил аниқ ташхисни талаб қилди.Кейинчалик, биз АРнинг биринчи аломатлари кузатилган ёшни таҳлил қилдик. АРнинг биринчи

аломатлари 5,9 ёшида қайд этилган. АРга мурожаат қилиш ва клиник ташхис қўйиш ёши ўртача 9,1 йилни ташкил этди. Шуни таъкидлаш лозимки, ўртача АР белгиларининг пайдо бўлишидан ташхисгача 3 йил ўтган. Параметрик бўлмаган таҳлил усули билан 74 нафар беморда (95,5%) ташхисни шакллантириш ва кеч ташхис қўйиш аниқланди ва 5 нафар (4,5%) беморда ўз вақтида мурожаат қилинганлиги қайд этилди. Шуни таъкидлаш керакки, АРнинг енгил даражаси бўлган болалар шифокорларнинг кўрик доирасидан чиқиб кетишади, ота-оналар болаларда АР аломатларини тўғри талқин қилмайдилар ва фақат АР даражаси ёмонлашгандагина шифокорга мурожаат қилишади.

Шундай қилиб, юқоридаги тадқиқот натижалари дунё миқёсидаги маълумотларни ўхшашлигини тасдиқлади.

ВЫЯВИТЬ ПРЕДИКТОРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Санакулов Абдулатав Бурханович
Самаркандский государственный медицинский институт
г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является классическим примером мультифакторной заболевания, патогенетически обусловленного взаимодействием многочисленных соматических и психоэмоциональных факторов. проведенные в течение последних десятилетий рандомизированные клинические исследования подтверждают, что БА у детей является в значительной и важной медико-социальной проблемой, решение вопросов по лечению и профилактике которой во многом зависит от возможностей выявления и прогнозирования этого заболевания. Скрининговых-диагностический алгоритм по БА для выявления предрасположенности к формуваня БА востребован врачами первого контакта для дифференцированного подхода к составлению прогностических, индивидуальных лечебных и реабилитационных программ.

Цель: Выявить предикторы бронхиальной астмы (БА) у детей дошкольного возраста.

Методи. Обследовано 38 детей в возрасте 2-7 лет. В I-ю гр. включены дети часто длительно болеющие (ЧДБ) с атопическим синдром, но без бронхообструктивных проявлений (всего 21 человек). Во II-й гр. - 49 детей ЧДБ. В III гр. - 17 детей с легкой БА в ремиссии. В основных группах были выделены подгруппы: а) дети с нормальной и б) дети избыточной массой тела (ИМТ) на основании оценки индекса массы тела Кетле-2 в возрасте 2-3 лет. Больным проведена компьютерная бронхофонография (КБФГ).

Результаты КБФГ оценивались в зависимости от выраженности обструктивных вентиляционных нарушений (ОВН): норма скрытая и явная бронхообструкция. В качестве статанализа использовался метод углового преобразования Фишера. При оценке индекса МТ избыточная масса выявлена в I гр. в подгруппе с ИМТ - у 8 детей (0,48); во II гр. - у 6 детей (0.24); в III гр. зарегистрировано 7 детей с ИМТ (0,56). Анализ КБФГ в подгруппах с ИМТ показал, что в I гр. без ОВН выявлено 2 больных (0,31; $p<0,05$), со скрытыми нарушениями - 2 больных (0,31) с явными ОВН - 3 случая (0,38; $p<0,05$ в сравнении с подгруппой детей с нормальной массой тела). Во II гр. с ИМТ: без ОВН - 4 (0,34); со скрытыми нарушениями - 4 детей (0,5), с явными ОВН - 1 (0,16). Во нарушениями - 3 больных (0,38; $p< 0,05$), с явными ОВН - 6 больных (0,61, $p< 0,05$; в сравнении с показателями у больных имеющих нормальную массу тела).

Вывод: Нарушения вентиляции чаще встречались у подгрупп больных, имеющих ИМТ особенно в I и III гр, в этих группах у детей чаще регистрировалась ИМТ. Необходимы дальнейшие исследования с оценкой влияния ИМТ и ожирения как предикторов формирования БА.

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Сатимова Ш.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Послеродовое кровотечение - кровопотеря ≥ 500 мл во время родов через естественные родовые пути и ≥1000 мл при операции КС или любой клинически значимый объем кровопотери (приводящий к гемодинамической нестабильности), возникающий на протяжении 42 дней (6 недель) после рождения плода**.**

Общими причинами послеродового кровотечения являются нарушение сократительной способности матки (90%) и травмы родовых путей (7%). 3% послеродовых кровотечений связаны с наличием остатков плацентарной ткани или нарушениями в системе гемостаза.

Цель исследования: Разработать и внедрить в практическое здравоохранение систему дифференцированного подхода к профилактике массивных акушерских кровотечений в раннем послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Помимо общеклинических методов обследования подробно анализировался акушерский анамнез: исходы предыдущих беременностей, особенности течения предыдущих и данной беременности, верификация преэклампсии при данной беременности, гестационный срок на момент родоразрешения. Также изучалась тактика родоразрешения, особенности течения родов, мероприятия по профилактике кровотечения, объем кровопотери и объем возмещения инфузионно-трансфузионными средами при родоразре-шении через естественные родовые пути или абдоминальным путем.

Проанализирована динамика развития кровотечения, тактика его лечения и исходы: время возникновения, объем и длительность кровотечения, мероприятия по остановке кровотечения, дозы утеротонических препаратов, ингибиторов фибринолиза при купировании кровотечения, необходимость применения радикальных методов остановки кровотечения, объем оперативного вмешательства, объем инфузионно-трансфузионной терапии и соотношение сред, гемодинамические параметры и меры по их поддержанию при кровотечении, радикальном хирургическом гемостазе и в первые сутки постреанимационного периода в условиях стационара.

Результаты исследования. При анализе особенностей течения беременности и родов у женщин с развившимся послеродовым кровотечением нами было установлено, что к наиболее значимым факторам риска ПРК относятся:

> соматические и инфекционные заболевания, возникающие или обостряющиеся в течение гестации (у каждой третьей женщины с ПРК -29,7%), что в 2,97 раз выше, чем при физиологической кровопотере (OR=3,8 95% C1=25,79-77,49);

> манифестация урогениталыюй инфекции (заболеваний, передающихся половым путем и неспецифических цервицитов и вагинитов);

> беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий;

> носительство генов тромбофилии (в 3 раза чаще развивается ПРК, OR=3,8 95% C1=14,01-142,59);

> осложненное течение беременности и родов (длительная угроза прерывания, анемия различной степени тяжести, отеки беременных, крупный плод, гипертензия беременных, преэклампсия/эклампсия);

> антенатальная гибель плода;

> аномалии расположения плаценты (предлежание и низкое расположение плаценты);

> преждевременные роды (как самопроизвольные, так и досрочное родо-разрешение по прогрессированию акушерских осложнений или соматической заболеваемости);

> оперативное родоразрешение (особенно в экстренном порядке, при наличии рубца на матке, при наличии миомы матки, сопутствующих тяжелых акушерских осложнений, аномалий расположения плаценты (<Ж=1,98 95% C1=3,57-8,75));

> осложненное течение родового акта (преждевременное и раннее излитое околоплодных вод (в 1,96 раза чаще, чем при физиологической кровопотере), многоводие, крупный плод, клинические проявления плацентарной недостаточности, слабость и дискоординация родовой деятельности (в 2 раза чаще), длительная родостимуляция (более 5,7 ч).

Нами проведен анализ причин послеродового кровотечения в основной группе женщин раздельно для женщин, родивших через естественные родовые пути, и для перенесших кесарево сечение. Среди них доминировали нарушения сократимости матки, выявленные у 747 (86,6%) пациенток после родов через естественные родовые пути и у 421 (91,9%) женщин, перенесших кесарево сечение.

Обнаружено, что частота коагулопатии, как причины послеродового кровотечения, статистически значимо выше при оперативном родоразреше-нии, чем при родах через естественные родовые пути (7,6% против 4,8% - в 1,53 раза выше). Это обусловлено тем, что при кесаревом сечении реализации коагулопатии способствуют несколько факторов: исходный статус и наличие полиорганной недостаточности при тяжелой акушерской патологии, исходные нарушения гемостаза, операционная травма, больший объем кро-вопотери, большая частота носительства генетической тромбофилии, ассоциированной с тяжелой акушерской патологией. На наш взгляд, выявленная статистически значимая закономерность позволяет предположить, что коа-гулопатия является одним из факторов развития массивного послеродового кровотечения.

Вывод. Выделение группы риска развития кровотечения и проведение среди данных пациенток разработанной системы профилактических мер и методик позволяет снизить частоту реализации ПРК более чем в 2 раза, а при его развитии добиться гемостаза при кровопотере 500-700 мл;

Выявлены следующие особенности течения беременности и родов у родильниц с развившимся послеродовым кровотечением: соматические и инфекционные заболевания, возникающие или обостряющиеся в течение гестации (СЖ=3,8 95% C1=25,79-77,49); беременность, наступившая в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий; но-сительство генов тромбофилии (СЖ=3,8 95% C1=14,01-142,59); осложненное течение беременности и родов (длительная угроза прерывания, анемия

различной степени тяжести, отеки беременных, крупный плод, гипертен-зия беременных, преэклампсия/эклампсия); антенатальная гибель плода; аномалии расположения плаценты (предлежание и низкое расположение плаценты); преждевременные роды; оперативное родоразрешение (011=1,98 95% С1=3,57-8,75); осложненное течение родового акта (преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (в 1,96 раза чаще, чем при физиологической кровопотере), многоводие, крупный плод, клинические проявления плацентарной недостаточности, слабость и дискоординация родовой деятельности (в 2 раза чаще), длительная родостимуляция (более 5,7 ч).

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сатимова Ш.М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Злокачественные опухоли молочной железы (20,5%) являются ведущей онкологической патологией у женского населения. Средний возраст пациенток варьирует от 59 до 62 лет.

Подтверждена связь между раком эндометрия и наличием в анамнезе рака молочной железы. Также, повышение риска развития рака эндометрия отмечается при приеме тамоксифенаи составляет 2-3 случая на 100-леченных тамоксифеном женщин, а вероятность возникновения аде-номатозного полипа повышается с 10% до 36%.

Как эстрогенное, так и антиэстрогенное влияние данного препарата на гормонзависимые органы-мишени, не позволяет отказаться от его применения, однако требует пристального внимания к тамоксифенин - индуцированным изменениям вэндометрии.

Цель исследования. Оптимизация лечения патологии эндометрия на фоне адъювантной терапии рака молочной железы тамоксифеном у пациенток в постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач в проспективное исследование были включены 123 женщин в постменопаузе, принимающих адъювантную терапию рака молочной железы.

Результаты исследования. На первом этапе проспективно обследованы 123 женщины, которым предстояла гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание по поводу патологических изменений эндометрия. На втором этапе проводился контрольный осмотр исследуемых женщин через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения.

Для сбора необходимых данных были разработаны унифицированные анкеты, представляющие собой карты осмотров пациенток: исследования соматического и гинекологического анамнеза, контрольного осмотра пациенток. Анализ историй болезни проводили с помощью специально разработанной статистической карты. У всех пациенток подробно изучались анамнез жизни, включая перенесенные соматические и гинекологические заболевания, особенности менструальной и репродуктивной функции. Особое внимание уделялось наследственности, сопутствующей соматической патологии, предрасположенности к гиперпластическим процессам. При изучении гинекологического анамнезафиксировали дату выявления рака молочной железы, стадию, виды лечения, длительность приема тамоксифена, время в течении которого развилась патология эндометрия на фоне лечения тамоксифеном. Проводился анализ жалоб, с которым пациентки поступали в стационар, выяснялись ранее проведенные консервативные и оперативные мероприятия. Проанализировали также сопутствующую генитальную патологию, перенесенные ранее оперативные вмешательства на внутренних половых органах.

Вывод. Таким образом, анализируя результаты гистерорезектоскопической аблации эндометрия и только диагностической гистероскопии у больных с внутриматочной патологией на фоне адъювантной терапии рака молочной железы, по прошествии 12 месяцев динамического наблюдения, мы пришли к заключению, что эффективность метода аблации значительно выше, чем ГС и РДВ (98,6% и 40%, соответственно).

Критерием эффективности аблации эндометрия мы считали отсутствие кровяных выделений, щелевидное М-Эхо при ультразвуковом исследовании, наличие внутриматочных синехий при «офисной» гистероскопии, отсутствие ткани эндометрия при морфологическом исследовании. Частота повторных гистероскопий во II группе составила 60%, а в I группе - 1,4%, что дает статистически значимую разницу в группах ($p<0,05$). Во II группе повторная гистероскопия выполнялась 1 или 2 раза. В 52% случаев мы выполняли ГС однократно, а в 8% дважды. Время между гистероскопиями и РДВ во II группе колебалось от 5 до 12 месяцев, в среднем 6,84± 10,86.

Мы проанализировали качество жизни 28 пациенток через 1 и 12 месяцев после оперативного лечения в I, II и III группах. В результате нашего исследования мы выявили, что качество жизни после аблации эндометрия не хуже, чем после ГС и РДВ, но значительно лучше, чем после гистерэктомии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Сахибова М.Д.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным ВОЗ около 5 млн. детей ежегодно умирают от кишечных инфекций и их осложнений.

Среди госпитализированных больных на современном этапе более половины составляют дети в возрасте 1-7 лет, ведущим этиологическим фактором являются ротавирусы и норовирусы, преобладающим топическим диагнозом - гастроэнтерит.

Как известно, вирусные инфекции характеризуются осмотическим характером диареи, нередко сопровождающейся, особенно у детей первых лет жизни, развитием токсикоза с эксикозом, что, в свою очередь, нередко требует оказания неотложной помощи и госпитализации данных пациентов.

Таким образом, ОКИ остаются актуальной проблемой педиатрии. Доля больных с верифицированным этиологическим диагнозом даже при использовании современных методов лабораторной диагностики составляет около трети всех случаев ОКИ.

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. В возрастной структуре преобладали дети в возрасте 1–2 лет (35%), старше 3 лет - 50%, до 1 года жизни - 15%. Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что заболевание связывали с употреблением некипяченой воды (21%), продуктов питания (18%), нарушением гигиены (7%). Контакт с больным кишечной инфекцией зафиксирован в 26% случаев. В состоянии средней степени тяжести были госпитализированы 75% детей, у каждого четвертого ребенка состояние было расценено как тяжелое.

Ведущими синдромами при поступлении были эксикоз с токсикозом (78%) - в равных долях 1-й и 2-й степени, 3-й степени - у 1 пациента. Изучение анамнеза показало, что рвота была зафиксирована у всех поступивших в стационар, тогда как диарея - в 90%, повышение температуры - у 75% детей с ОКИ. Сопутствующую патологию в виде острых респираторных инфекций имели 10%, бактериальных инфекций - 12%, соматических заболеваний - 15% пациентов с ОКИ.

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.

Антибактериальная терапия была назначена 15% пациентов, из них в 85% случаев - по сопутствующей патологии.

Вывод. Таким образом, верификация ОКИ в стационаре составила 80%. Значимая роль принадлежала ротавирусной инфекции. Ведущим синдромом ОКИ у госпитализированных был токсикоз с эксикозом.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Сахибова М.Д.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Энурез широко распространен среди детей (он присущ около 20% детей в возрасте от 5 до 14 лет), но актуальность вопроса состоит не только в этом факте, но еще и в том, что за последние годы отмечается рост данной патологии у детей. Это заболевание очень сложно поддается лечению, особенно медикаментозному.

Успех терапии во многом зависит от того, насколько четко удается выявить причину возникновения болезни и проследить основные патогенетические механизмы формирования нарушений. Кроме того, в настоящее время нет (и не может быть) единого специалиста, занимающегося этим вопросом. Это связано с полиэтиологичностью данной патологии, разнообразием ее форм и вариантов.

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.

Выводы. 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.

РАННИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Собирова Н.Р.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Обследование трех пациентов в возрасте 13, 14 и 16 лет с помощью суточного мониторирования артериального давления показало наличие систолической артериальной гипертензии.

При этом единственным признаком ремоделирования сердца было увеличение толщины межжелудочковой перегородки или задней стенки левого желудочка в систолу, превышающее верхнюю границу нормы.

Авторы делают вывод о том, что оценка параметров сердца в систолу по данным эхокардиографии является простым и ценным методом, позволяя выявлять отклонения в его морфологии и функции на ранних этапах патологических процессов, сопровождающихся развитием гипертрофии миокарда.

Ключевые слова: подростки, артериальная гипертензия, эхокардиография, гипертрофия миокарда, толщина миокарда в систолу.

Перед педиатром, впервые определившим у своего пациента АГ, возникает множество вопросов: какова причина повышения давления, какие изменения в организме ребенка произошли в связи с АГ и, наконец, как определить объем необходимых исследований и длительность лечения. Настоящее учебное пособие позволит педиатру выбрать рациональную тактику обследования, лечения и наблюдения пациента с АГ.

Цель исследования. Оценить эхокардиографические показатели у детей с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 48 детей в возрасте от 10 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в АОДБ с диагнозом артериальная гипертензия, 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.

Выводы. 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 гипертензии.

Эхокардиография является высокочувствительным методом оценки состояния сердца, позволяющим выявлять ранние структурно-функциональные изменения миокарда и анализировать их динамику в процессе наблюдения и лечения.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Собирова Н.Р.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей и подростков. Изучение врожденных аномалий сердца, методов диагностики и лечения началось еще в 30-х годах XX века.

И по настоящее время данная проблема является актуальной для дальнейшего изучения, так как до сих пор нет алгоритма ранней диагностики ВПС.

Наиболее частым и тяжелым осложнением многих ВПС является легочная гипертензия, которая при несвоевременном лечении приводит к инвалидизации и ранней детской смертности.

В отличие от взрослых больных у детей заболевание имеет клинические, патогенетические и гемодинамические особенности, в основе которых фундаментальные отличия растущего и уже сформированного организма. Легочный органогенез и ангиогенез находятся в строгой взаимосвязи. Любые нарушения формирования, роста и развития легочной ткани могут сопровождаться нарушением формирования и легочной сосудистой стенки. Так же изменения структуры и функции легочных сосудов неизменно сопровождаются периваскулярными нарушениями структуры альвеолярной ткани.

Цель исследования. Определить риск реализации легочной гипертензии у детей с ВПС. Пациенты и методы. Изучены медицинские карты 82 детей с врожденными пороками сердца, находившихся на лечении в АОДБ за 2019 год в возрасте от 0 дней до 16 лет. Больные были разделены на следующие возрастные группы: 1 группа - дети до 1 года (n = 38), 2 группа - 1–5 лет (n = 14), 3 группа - 5–10 лет (n = 18), 4 группа - 10–16 лет (n = 12).

Результаты исследования. По результатам исследования установлено, что изолированные пороки встречались у 35 детей (42,7%), а в более половины случаев (57,3%) были представлены комбинированными ВПС. Самой многочисленной была 1 группа, дети до 1 года составили 46,3% от всех пролеченных пациентов, из них в возрасте до 6 месяцев было 28 детей (60,1% от детей до 1 года). Легочная гипертензия (ЛАГ), ассоциированная с ВПС, была верифицирована у детей 1 группы в 10,5%, у детей 2-й группы в 7,1%, 3-й группы -16,6%, в 4-й группе легочная гипертензия не была верифицирована.

Эхокардиографическое подтверждение гиперволемии малого круга кровообращения, как предиктора развития ЛАГ, выявлено в 21,1% случаев среди детей 1 группы, во 2-й - 7,1%, 3 - 1–0%, в 4-й - 25%.

Выводы. В структуре врожденных пороков сердца у детей наблюдается превалирование комбинированных пороков. Частота ВПС и связанный с ними риск развития ЛАГ значимо выше у детей до 1 года жизни. В этой связи ранняя диагностика и своевременная хирургическая коррекция позволят улучшить прогноз детей с ВПС.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Солиева М.О., Алимова Г.М.
Кафедра факультетной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой. Заболеваемость бронхиальной астмой во всем мире возрастает.

Несмотря на большое количество информации в доступной литературе, не имеется сведений, может ли влиять на ее проявления и течение возраст пациентов, в котором заболевание развилось.

В настоящее время не существует каких-либо конкретных данных, позволяющих оценивать прогноз течения БА и стратегию лечения в зависимости от возраста, в котором заболевание впервые проявилось.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение особенностей проявлений БА и определение прогноза заболевания у взрослых пациентов, заболевших в различном возрасте (взрослом или детском).

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 102 детей с бронхиальной астмой, которые и поступали в пульмонологическое отделение областной многопрофильной детской больницы города Андижана в период с 2019 по 2021 год.

Результаты исследования. У детей 1 группы функции щитовидной железы сохранены, а - у 2 группы отмечено понижение функций.

Легкая степень определялась у 32 (66,7%) детей из 1 группы и 4 (7,4%) – 2 группы, средняя степень – у 10 (20,8%) – 1 группы и у 7 (13,0%) -2 группы и наконец, тяжелая степень у 6 (12,5%) – 1 группы и у 43 (79,6%) – 2 группы.

Полученные данные полностью укладываются в состояние, доказывающее пониженную функцию ЩЖ. Клинические проявления гипофункции ЩЖ разнообразны, многие из них неспецифичны, с чем и связаны определенные трудности в её своевременном распознавании.

Уровень трийодтиронина в 1 группе снизился на 12,1% относительно данных контрольной группы, у детей 2 группы на 41,1%, а уровень тироксина, уровень тироксина у детей 1 группы снизился незначительно, всего на 4,4%, а вот во 2 группе уровень его снизился на 52,2% (P<0,001).

Снижение уровня тиреоидных гормонов влияет на дыхание посредством таких механизмов, как уменьшение метаболической потребности в кислороде и развитие гиповентиляции легких, повышение давления в левом желудочке, ремоделирование респираторных мышц и легких, увеличение гематокрита, изменение уровня нейротрансмиттеров (серотонина, гистамина) в участках мозга, вовлеченных в контроль дыхания. А что касается тиреотропного гормона, то наблюдается противоположная картина, уровень его увеличивается у детей 1 группы на 9,2%, а у детей 2 группы на 67,6%.

Дети с БА более склонны к сосудистым дистониям гипертонического, чем гипотонического типа. Аналогичная связь случаев повышения частоты артериальной гипертензии у детей школьного возраста с гипофункцией ЩЖ была обнаружена и ранее другими исследователями нашего региона, хотя известно, что активность ренина и уровень альдостерона в крови больных гипотиреозом несколько снижены. На наш взгляд, вследствие дистонии ренин-ангиотензин-альдостероновой системы происходит задержка натрия в организме, увеличение объема внеклеточной жидкости, способствующие снижению почечной фильтрации в гломерулах и увеличению реабсорбции натрия в канальцах.

Вывод: Субклинический (или «лабораторный») гипотиреоз развивается, как правило, у больных БА среднетяжелого и тяжелого течения.**Высокой частоты** выявления аутоантител к тиреопероксидазе и тиреоглобулину указывает на вовлечение в иммуновоспалительный процесс щитовидной железы, характер гормональных нарушений у больных БА требует проведения дальнейших исследований, а также динамического мониторингового наблюдения.

CLINICAL AND IMMUNOMORPHOLOGICAL FEATURES PREECLAMPSY IN PREGNANT WOMEN

Suleimanova N.A.
Faculty of the Department of Promotion and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Modern clinical, laboratory and experimental research methods are aimed at studying the mechanisms of occurrence and development of this obstetric complication.

Diagnostic criteria are still based on nonspecific clinical and laboratory signs, and timely accurate recognition of the development of PE is an important task of modern researchers.

Purpose of the study: to study the clinical features of preeclampsia and to develop methods of modern treatment.

Materials and research methods: From 2019 to 2021, 56 pregnant women were delivered at the AOOC. During this period, the diagnosis of "severe preeclampsia" was made to all women, which is 98% of all deliveries in the hospital. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

Results of the study: Most of the surveyed had a regular normoponing menstrual cycle, an opsomenorrhea-type irregularity occurred in 1.48% of cases, dysmenorrhea was observed in 2.46% of cases.

Analyzing the gynecological anamnesis, it should be noted that 61.08% of patients with severe PE had a history of gynecological diseases, in 24 (11.82%) of them the history was aggravated by infertility (lasting from 2 to 17 years).

In a quarter of the subjects with forthcoming repeated births, the previous pregnancy ended with a caesarean section, an indication for which was severe PE in 11% of people. In total, in the history of this complication of pregnancy occurred in 20 patients and developed again during this pregnancy, in 3 of them severe PE led to antenatal fetal death during previous pregnancies.

In our study, we observed several clinical variants of PE: the classic Zangemeister triad was observed in 58.2% of cases, the edematous-proteinuric form occurred in 14.75% of cases, on the basis of isolated high AH, severe PE was diagnosed in 16.8% of cases. (other criteria for severe PE were added to the clinic).

Conclusions. In pregnant women with severe PE in the blood serum, the concentration of antiangiogenic factor is significantly higher compared to sFlt-1 in pregnant women without hypertensive disorders (4362 ± 570.12

and 1080 ± 435 pg / ml, respectively; p0.05), the value of the sFlt-1 / VEGF ratio almost 6 times significantly higher in patients with severe PE (503 ± 67 and 86.22 ± 11.81, respectively; p0.01).

In severe PE, the serum level of adhesion molecules as indicators of endothelial dysfunction is higher, a high positive relationship is determined between them (r = 0.74; p0.0001), a significant difference occurs when considering sVCAM-1 (1391 ± 308.33 and 966.2 ± 165.22 ng / ml, respectively; p0.05).

CLINICAL COURSE OF SEVERE FORMS OF PREECLAMPSIA

Suleimanova N.A.
Faculty of the Department of Promotion and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Preeclampsia (PE) is a complication of pregnancy, which is characterized by a profound disorder of the functions of vital organs and systems. This is the most common disease from the group of hypertensive disorders of pregnancy, characterized by a high probability of maternal and perinatal morbidity and mortality.

Currently, according to the World Health Organization (WHO), preeclampsia complicates on average 2.2% of pregnancies and there is a tendency for its frequency to increase, regardless of the economic development of the country. According to the WHO, in the structure of maternal mortality, PE and eclampsia rank second after bleeding.

The most significant factors affecting the outcomes of pregnancy in patients with PE are its timely, as early as possible diagnosis, as well as a competent assessment of its severity, which affects further management tactics.

Purpose of the study: to study the clinical features of preeclampsia and to develop methods of modern treatment.

Materials and research methods: From 2019 to 2021, 61 pregnant women were delivered at the AOOC. All patients were included in the main group of the first stage of the study.

Research results: Obviously, the majority of the surveyed are women from 19 to 34 years old (80%), patients of the late reproductive period (35 years and older) accounted for 16%.

All pregnant women lived in satisfactory social conditions. Most of the patients had secondary education 38.52% and secondary specialized education 27.46% and were residents of rural areas 57.36%.

In the structure of extragenital diseases in pregnant women with severe PE, the main share was made up of diseases of the cardiovascular system (51.08%), among which hypertension prevailed. Attention is drawn to a large number of patients with obesity, 46.77%, up to its morbid forms. It was not always possible to clarify the genesis of obesity, and the patient's data were not included in the group of endocrinopathies in isolation on this basis. The third place among diseases associated with PE is renal pathology (32.26%), mainly chronic pyelonephritis (52 observations). In addition, there were pregnant women with thyroid diseases, diabetes mellitus (type I and gestational), as well as 8.6% with chronic cholecystitis.

Conclusions. Most of the pregnant women in the Andijan territory with severe PE 1. (58.2%) have classic symptoms of PE with the presence of the Tsangemeister triad. Severe PE significantly affects the timing and method of delivery (abdominal delivery was 70.5%, early delivery occurred in 61.07% of cases).

Characterized by a low weight of newborns from mothers with severe PE (2240.92 g., SD 836.66), most (65.7%) are estimated by Apgar at 5-7 points, nursing children requires a long hospital stay with transfer to the second the stage of nursing (67.35%) and the use of modern resuscitation measures (mechanical ventilation, surfactant preparations).

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Султонова Ф.Х.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Пубертатный период является крайне важной фазой развития человека. Считается доказанным, что пубертатный период относится к числу тех жизненных процессов, которые не связаны с хронологическим (календарным) возрастом.

В силу особенностей функционирования многих органов и систем в пубертатном периоде у ребенка возможно развитие явлений, стоящих на границе нормальных физиологических вариаций.

Исследования внешнего дыхания, проведенные в возрастном диапазоне до 16-18 лет, указывают на функциональную полноценность системы дыхания у здоровых детей и подростков и адекватность параметров функции легких антропометрическим данным и метаболическим потребностям организма.

Это принципиальное положение подтверждается способностью функции внешнего дыхания у здоровых детей поддерживать оксигенацию артериальной крови на нормальном уровне, что является одним из основных показателей гомеостаза, как у взрослых, так и в детском возрасте.

Факторами, отрицательно влияющими на состояние организма школьника, являются несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям ребенка, стрессорная тактика авторитарной педагогики, нерациональная организация учебного процесса, нарушения санитарно-гигиенических условий обучения. Значимость этих факторов определяется деятельностью, систематичностью и непрерывностью их воздействия на организм ребенка.

Цель исследования. Определить особенности функционального развития дыхательной системы у современных детей и подростков школьного возраста.

Материалы и методы исследования. У 400 учащихся 1–10-х классов проведена оценка функционального состояния дыхательной системы с помощью спирографии.

Результаты исследования. От 1-го к 10-му классу выявлено достоверное увеличение средних показателей проходимости дыхательных путей: пиковой объемной скорости (ПОС) - в 1,5 раза, объема форсированного выдоха (ОФВ1) - в 2,1, мгновенной объемной скорости в момент выдоха (МОС25–75) - в 1,4–1,9, средней объемной скорости выдоха (СОС25–75) - в 1,6. В то же время от 1-го к 10-му классу отмечалось увеличение доли учащихся с отставанием в развитии мелких бронхов и бронхиол от физиологических темпов роста, что подтверждалось увеличением с 3,3% среди учащихся 1-го класса до 18,2% среди учащихся 10-го класса с существенным сниженным СОС25–75, а также увеличением с 6,6 до 9,1% соответственно со сниженным МОС-75.

На фоне отставания физиологического развития мелких бронхов наблюдалась динамика отставания в развитии крупных и средних бронхов, что подтверждалось снижением удельного веса числа учащихся с ПОС с 56,8 до 15,2%, МОС25 с 63,4 до 15,2%, МОС50 с 90 до 57,6% соответствующим физиологическим нормам.

Выводы. Таким образом, показано, что развитие дыхательной системы у современных детей школьного возраста характеризуется отставанием развития бронхиального дерева.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ

Султонова Ф.Х.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность.Частота регистрации различных перинатальных факторов риска, как возможных причин формирования ДЦП, широко варьирует по данным литературы. Дородовые формы ДЦП выявляют в 35-60 % случаев, на долю интранатальных приходится 27-54 %, постнатальные - 6-25 %. В 80 % наблюдений поражение мозга происходит в антенатальном периоде, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной. Однако в каждом третьем случае не удается установить причину ДЦП.

Существование широкого спектра факторов риска, влияющих на формирование ДЦП на разных этапах развития плода и ребенка, объясняет отсутствие консенсуса в понимании патогенеза ДЦП и определяет актуальность исследований, направленных на уточнение роли различных факторов риска в формировании ДЦП и генерации новых комплексных подходов к профилактике и раннему выявлению заболевания.

Дородовые формы церебрального паралича варьируют от 35 до 60%, интранатальные - от 27 до 54%, постнатальные - от 6 до 25%. В 80% наблюдений поражение мозга, вызывающее церебральный паралич, происходит в периоде внутриутробного развития плода, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной. Тем не менее, в каждом третьем случае причину церебрального паралича установить не удается.

Цель исследования. Оценить влияние интра- и неонатальных факторов риска (ИФР и НФР) на формирование ДЦП.

Материалы и методы исследования. В ретроспективное исследование включены 325 детей, разделенных на две группы. Группа А - 178 (54,8%) детей с ДЦП, группа Б - 147 (45,2%) детей из II группы здоровья.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных детей обеих групп проводился на основании первичной документации, анкетирования матерей с помощью разработанного опросника с последующим заполнением индивидуальной регистрационной карты. Статистическая обработка данных проводилась с использованием точного теста Фишера.

Анализ ИФР выявил, что в группе А чаще регистрировались слабость родовой деятельности - 55 (31%) против 30 (20%) в группе Б (p = 0,001); стремительные роды - 37 (21%) против 17 (12%) (p = 0,001);

тугое обвитие пуповины вокруг шеи - 61 (34%) против 21 (14%) (p < 0,0001), асфиксия - 148 (83%) против 23 (16%) (p < 0,0001).

Применение кесарева сечения, акушерских пособий и эпизиотомии в родах не оказывали статистически достоверного влияния на риск формирования ДЦП (p > 0,05). Изучение НФР продемонстрировало, что у пациентов группы А чаще выявлялись малый вес при рождении (103; 58% против 31; 21%) (p = 0,0005), желтуха (74; 42% против 32; 22%) (p = 0,0001), апноэ (131; 74%) (p < 0,0001), судороги (28; 16%) (p < 0,0001), интубация (80; 45%) (p < 0,0001). Дети с ДЦП чаще получали баллы ниже 6 по шкале Апгар (p = 0,0005). Дети из группы А чаще рождались раньше срока (95; 53% против 36; 24%) (p < 0,0001). Судороги, интубация, апноэ, оценка по шкале Апгар 1–3 балла не выявлены у детей группы Б.

Выводы. Тугое обвитие пуповиной, асфиксия, слабая родовая деятельность и стремительные роды, по нашим данным, оказались значимыми ИФР. Малый вес при рождении, недоношенность, апноэ, судороги, желтуха в неонатальном периоде, ИВЛ, низкая оценка по шкале Апгар являются важными предикторами формирования ДЦП среди НФР.

НАРУШЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, МЗ РУз

Актуальность. Заболевания органов дыхания являются актуальной проблемой в детском возрасте. Несмотря на различную этиопатогенетическую природу, иммунная недостаточность характеризуется рядом общих клинических признаков. Факторами риска развития затяжной пневмонии является фон сопутствующих заболеваний, возраст больного, степень тяжести воспалительного процесса и вирулентность возбудителя. В формировании затяжного течения пневмонии важная роль отводится резистентности бактериальных патогенов. В настоящее время активно изучается природа резистентности к антибактериальным препаратам (АБП) S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzea, Pseudomonas aeruginosa. У детей в возрасте 6 мес.–5 лет в основном отмечается доминирующая роль бактериальных возбудителей в этиологии внебольничной пневмонии, в первую очередь пневмококка (в 70–90 % случаев).

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений внебольничной пневмонии затяжного течения у детей в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы. Всего было обследовано 120 детей с внебольничной пневмонией в возрасте от 1 года до 15 лет, поступивших на стационарное лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз. Диагноз ставился на основании классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей, одобренной на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания (2009). Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных методов исследования и результаты этиологической верификации. Микробиологические исследования осуществляли в соответствии со стандартами современной клинической микробиологии, проводились путем забора материала из глубины зева и определяли по бактериоскопическому методу в мазках, окрашенных по Грамму. Исследование чувствительности к антимикробным препаратам проводили диско - диффузионным методом. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту с помощью персональных компьютеров и использования пакета прикладных программ.

Результаты и обсуждение. Известно, что перенесенные матерью в период беременности респираторные заболевания нарушают клинико-иммунологическое состояние новорожденного, что может явиться одной из причин формирования в дальнейшем частой заболеваемости ребенка. Большинство матери детей – 79,5% случаев, имели очаги хронической инфекции (заболевания ЛОР органов, бронхолегочной системы, сердечно - сосудистой и мочеполовой системы). У всех наблюдаемых детей в анамнезе отмечались частые острые респираторные заболевания (5-6 раз) в год. На основании полученных результатов можно утверждать, что основными возбудителями ВП являются Staphylococcus aureus и Streptococcus pneumoniae. Выявление микрофлоры предполагает использование разных групп АБТ с учетом спектра антибиотикочувствительности штаммов микроорганизмов, которая в значительной степени вариабельна. По данным рентгенологических исследований органов дыхания у 52,5% больных была диагностирована двухсторонняя очаговая пневмония, у 22,5%- правосторонняя, причем очаг воспаления локализовался преимущественно в базальных сегментах правого легкого. У 7,5% - левосторонняя, у 17,5% – полисегментарная.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у детей, больных внебольничной пневмонией затяжного течение, выявляются различные отклонения в раннем онтогенезе, в анте-, интра- и неонатальном периодах. Это несбалансированное питание во время беременности, патология второй половины беременности у матери (угроза прерывания беременности, перенесенные острые заболевания и обострение хронических заболеваний, частый и бесконтрольный прием лекарственных

препаратов - особенно антибиотиков, анемии различной этиологии и т.д), ведущая к длительной гипоксии плода, нарушению эмбриогенеза и нормального созревания функциональных систем, патология неонотального периода (недоношенность, заболевание в период новорожденности), сочетанное неблагополучие биологического анамнеза.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Тожиддинова Шохсанам Расулжон Кизи
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. По наблюдениям клиницистов внебольничные пневмонии (ВП) нередко протекает бессимптомно, а её терапия не всегда оказывается эффективной, что становится причиной затяжного и осложнённого течения воспалительного процесса. В Узбекистане заболеваемость детей пневмонией находится в пределах 8,2-12,8% . Одной из основных причин увеличения числа пневмоний, является высокий уровень диагностических ошибок и поздняя диагностика. Значительно увеличился удельный вес пневмоний, при которых клиническая картина не соответствует рентгенологическим данным, увеличилось число малосимптомных форм заболевания. Принципиально важным в постановке диагноза острой пневмонии является этиологический подход - Трудности диагностики пневмонии у детей обусловлены ее полиэтиологичностью. Возбудителями инфекции при пневмонии могут быть как типичные бактериальные агенты (например, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus), так и атипичные возбудители (Mycoplasma pneumonia и Chlamydophila pneumoniae и респираторные вирусы. Влияние каждого из инфекционных агентов на этиологию внебольничных пневмоний зависит от возрастной группы пациентов, причем причиной развития заболевания у детей в большинстве случаев являются смешанные бактериальные или вирусно-бактериальные инфекции. Однако, в целом, подъемы заболеваемости внебольничной пневмонией в последние годы чаще всего обусловлены атипичными возбудителями.

Цель исследования - динамический анализ этиологии внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста в условиях детского стационара.

Материалы и методы исследований. Исследование основано на результатах наблюдений за течением внебольничных пневмоний у 60 детей в возрасте от 3 до 7 лет в период с 2019 по 2020 годы. При этом большую часть группы составили дети в возрасте от 3 до 5 лет — 53% (32 ребенка). Средний срок пребывания больных в стационаре составил 12 дней, что согласуется с медико-экономическими стандартами.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных 60 детей у 34 (56,6%) был выявлен определенный возбудитель. Случаи неверифицированного возбудителя (43,4%) внебольничной пневмонии связаны, по-видимому, с тем, что до поступления в стационар дети получали антибиотикотерапию. Как показали результаты проведенного обследования, за последние 6 лет в этиологической структуре внебольничных пневмоний произошли изменения. Среди бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста Streptococcus pneumoniae выявляется чаще, чем Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes. Частота Staphylococcus aureus как возбудителя внебольничной пневмонии существенно уменьшилась — с 16% до 3,33%. Распространенность Streptococcus pyogenes была почти одинаковой, с незначительными колебаниями. Как показало проведен ное исследование, внебольничная пневмония, обусловленная Mycoplasma pneumonia, у детей дошкольного возраста чаще имеет тяжелое течение, сопровождается высокой температурой и токсикозом. Выявлен семейный характер заболевания микоплазменной пневмонией, когда в одной семье одновременно болели несколько человек, что не характерно для пневмоний, обусловленных бактериальным возбудителем ($p<0,05$). Физикальные данные у детей с пневмонией, обусловленной Mycoplasma pneumoniae, были весьма скудные. Разнокалиберные влажные хрипы прослушивались над областью обеих легких, участки укорочения перкуторного звука почти не регистрировались. На рентгенограмме легких определялись инфильтративные очаги с размытыми, нечеткими контурами с тенденцией к слиянию. При проведении контрольной рентгенографии органов грудной клетки отмечалось медленное рассасывание воспалительного инфильтрата, лишь в 76% пневмония разрешилась к 12 дню. В общем анализе крови определялся умеренный лейкоцитоз (11,3 х 109/л) ± 1,6, незначительное ускорение СОЭ (20 ± 2,1) мм/час. Сатурация кислорода в данной группе больных была в пределах допустимых величин (95-96%) при норме 98-100%, что указывало на отсутствие симптомов дыхательной недостаточности. В биохимическом анализе крови показатели С-реактивного белка были в пределах нормы ($p>0,05$). Осложнения со стороны сердечно-сосудистой, мочевыделительной и пищеварительной систем не зарегистрированы.Таким образом, за последние 5 лет структура возбудителей внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста существенно изменилась. Преобладающими бактериальными возбудителями остаются пневмококк и пиогенный стрептококк. За последние 2 года увеличилась распространенность пневмоний, ассоциированных с Mycoplasma pneumonia и C. pneumoniae, которые составили 29,07% в общей структуре возбудителей заболевания. У большинства больных 65,12%

отмечалась резистентность воспалительного процесса в легких к традиционно применяемым на догоспитальном этапе антибиотикам, что, несомненно, удлиняло сроки лечения.

Вывод. Исходя из этого, выбор стартового антибиотика в лечении внебольничных пневмоний должен основываться на клинико-эпидемиологических особенностях течения современных пневмоний.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Темирова О.Х., Абдуллаева Ш.Н., Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан. Узбекистан

Актуальность. Атопический дерматит характеризуется ранним началом, полиморфизмом клинической картины, сложным патогенезом и разнообразными причинами его возникновения. Пусковым фактором развития АД в большинстве случаев является пищевая аллергия (ПА), которая способна не только вызывать обострение, но и поддерживать тяжёлое течение заболевания. Особое значение ПА приобретает для детей раннего и младшего школьного возраста. Выявление основных пищевых аллергенов и их фракций обеспечит назначение пациенту с АД эффективную диетотерапию. Ф 80-85% детей пищевая аллергия является пусковым фактором атопического дерматита и в последующем отвечает за рецидивы (обострения) заболевания. Исследование причинно-значимых пищевых аллергенов у детей с атопическим дерматитом играет важную роль. Именно выяснение характера пищевой аллергии у детей с атопическим дерматитом является основополагающим в определении рациональной (адекватной) диетотерапии, важнейшей составляющей комплексного лечения заболевания.

Целью исследования явилось определение клиникоиммунологических особенностей пищевой аллергии у детей с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения аллергологии ОДММЦ г. Андижане. В обследование включено 55 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 1,5 месяцев до 3 лет.

Иммунологическое обследование включало определение общего IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием тест-систем «ДИА-плюс» НПО «Биотехнология» и коммерческими тест-системами Beckman Coulter, на автоматическом анализаторе «Access» (Beckman США).

Результаты исследования и обсуждение. Сопоставление данных анамнеза, клиники и результатов обследования свидетельствует о том, что манифестация и тяжесть заболевания зависит от характера иммунного ответа. Так, у больных IgE-зависимой сенсибилизацией наблюдался более ранний дебют болезни по сравнению с детьми, имеющие высокие уровни аллергенспецифических IgG антител (2,25+0,18 мес., 4.23+1,4 мес. соответственно). Дебют заболевания у детей с IgE опосредованной аллергией чаще приходился на период вскармливания грудью по сравнению с детьми, у которых отмечалась IgG зависимая сенсибилизация. При этом кормящие матери не соблюдали диеты и принимали молочные продукты в большом количестве. Ране выявление антител к аллергенам куриного яйца должно настораживать относительно угрозы развития сенсибилизации к бытовым аллергенам и формирования респираторной аллергии.

При определении интерлейкинов в зависимости от степени тяжести атопического дерматита наблюдается достоверное ($p<0,05$) выраженное снижение IL-10 и выраженное повышение IL-4, IL-5 по сравнению с нормой. Уровень IL-10 при тяжелом течении болезни наиболее низкий (1.08 ± 0.22 pg/ml) по сравнению с легким и среднетяжелым течением; при легком течении - наиболее высокий (2.00 ± 0.19 pg/ml). Но по сравнению с показателями нормы - уровень IL-10 достоверно ниже ($p<0,05$) в среднем в 4 раза. При оценке провоспалительных интерлейкинов IL-4 и IL-5 наиболее высокая концентрация отмечалась при тяжелом течении атопического дерматита. IL-5 при тяжелом течении атопического дерматита примерно в 2 раза выше, чем при среднетяжелом течении болезни. IL-4 при тяжелом течении также выше, чем при среднетяжелом, но с небольшим различием. Уровни IL-4 и IL-5 при всех степенях тяжести атопического дерматита значительно превышают нормативные показатели. Так, уровень IL-4 в среднем примерно в 2 раза выше нормы, уровень IL-5 - в 19 раз превышает норму ($p<0,05$). Установлена прямая корреляционная связь ($r=+0,57$) между тяжестью атопического дерматита и уровнями IL-4, IL-5 и обратная корреляционная связь ($r=-0,61$) между тяжестью атопического дерматита и уровнем IL-10. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что иммунопатогенез атопического дерматита характеризуется преимущественно влиянием провоспалительных интерлейкинов: IL-4, IL-5 и связано с повышенной активностью β2-клеток. Важным следует считать факт снижения концентрации IL-10 в крови. Так как IL-10 является представителем противовоспалительных интерлейкинов и подавляет продукцию других цитокинов, то снижение его синтеза можно считать неблагоприятным фактором в развитии атопическим дерматитом.

Вывод. Таким образом, аллергологическое обследование детей раннего возраста с определением IgE и IgG к наиболее распространенным пищевым аллергенам позволяет выявить особенности иммунного ответа, которые определяют и особенности клинических проявлений атопического дерматита.

ЮВЕНИЛЬНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ: ПРИМЕНЕНИЕ МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тураева Г.Ю.
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Дисменорея у подростков — это циклическая тазовая боль и комплекс системных расстройств, возникающих в пубертате и связанных с менструациями. Проявляется острыми болевыми ощущениями внизу живота, предшествующими или совпадающими по времени с началом месячных, разнообразными вегетативно-сосудистыми, нейровегетативными, обменно-эндокринными, психоэмоциональными нарушениями. Диагностируется путем определения содержания половых гормонов и магния, диагностической пробы с НПВС, УЗИ органов малого таза. Для лечения используют ингибиторы простагландинсинтетазы, прогестины, препараты магния, КОК в комбинации с коррекцией образа жизни и физиотерапией.

В большинстве случаев болезненные менструации пубертатного периода связаны с особенностями развития репродуктивной системы и становлением механизмов ее гипоталамо-гипофизарной регуляции

Цель исследования: Целью исследования явилось изучение влияния лечебного воздействия препарата магне В 6 на функциональное состояние соединительной ткани.

Материалы и методы исследования: Обследованы 64 пациенток, предъявляющих жалобы на болезненные менструации. Все девушки были в возрасте 13-17 лет с проявлениями дисплазии соединительной ткани и без таковых. Контрольную группу составили 25 девушек с нормальными менструациями.

Результаты исследования: В 1-ой группе девушек в возрасте 13-14 лет было 11 (36,6%) и 15-16 лет 17 (56,6%), 17 лет 2 (6,6%), а среди девушек 2-ой группы в возрасте 13-14 лет было 14 (41,1%) и 15-16 лет 16 (47%), 17 лет 4 (11,7%). Первичная дисменорея легкой степени выявлена у 4 (13,3%) девушек 1-ой группы, средней у 15 (50%), и тяжёлой степени у 11 (36,6%), а во 2-ой группе соответственно 16 (47%); 11(32,3%); 7 (20,5%). Таким образом, в группе девушек с первичной дисменореей и наличием признаков умеренной выраженной дисплазии соединительной ткани превалировало число девушек с дисменореей средней и тяжёлой степенью тяжести, а у девушек без признаков дисплазии соединительной ткани большинство девушек было с легкой и средней степенью тяжести дисменореи.

18 (28,1%) девушек в обеих групп учились в институте, в 1-й группе превалировали девушки, занимающиеся в колледжах и лицеях - 26 (86,6%), большинство из них жительницы сельских местностей 28 (93,3%). У 26,4% девушек материально-бытовые условия оценены со слов больных как удовлетворительные, у остальных 73,6% - как неудовлетворительные.

Одновременно с учебой в кружках по предметам занимались 52,1% девушек. Из соматического анамнеза матерей выяснено, что 42,8% перенесли детские инфекции, 18,8%- ОРВИ, 26,4% - тонзиллит, 5,7% - ревматизм, 11,3% заболевания ЖКТ, 8,5% - вирусный гепатит. Аппендэктомию перенесли 2,14%, тонзилэктомию - 2,8%.

У 83 (59,2%) болезненные менструации были с менархе, то есть при первой менструации, у 38 (27,1%) девушек тяжесть дисменореи со временем нарастала т.е. дисменорея была декомпенсированная, а у 7 (5%) девушек боль не исчезала даже при применении анальгетиков. Первым ребёнком в семье были 9 (10,8%), вторым- 24 (28,9%), третьим - 29 (34,9%), четвёртым- 12 (14,5%) и пятым- 9 (10,8%). Тем не менее, на формирование дисменореи у девушек оказало влияние количество родов у матери: в 5,55% случаев данная патология встречалась у детей, рожденных в результате третьих и четвертых родов. Таким образом, среди больных ювенильной дисменореей почти 62,3% девушек были из многодетных семей.

Вывод: Таким образом, ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с нарушением репродуктивной функции. Главной задачей медикаментозной терапии, направленной на укрепление соединительной ткани, являются восполнение дефицита различных компонентов, участвующих в процессе синтеза коллагена, коррекция метаболических нарушений, стимуляция коллагенообразования и стабилизация гликозаминогликанов. Магний, нормализуя процессы нервно-мышечной передачи, купирует проявления вегетативной дисфункции на различных уровнях. Считается, что этот макроэлемент опосредованно влияет на синтез коллагена через воздействие на высший вегетативный центр – гипоталамус.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Тураева Г.Ю.
Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Врожденные пороки сердца у беременных — достаточно распространенная патология в практике кардиолога и акушера-гинеколога, которая может вызвать осложнения на разных сроках беременности.

Цель исследования: Провести ретроспективный анализ историй болезни женщин с врожденными пороками сердца обследованных во время беременности и родов и выработки тактики ведения беременности и родов, послеродового периода.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 47 женщин с врожденными пороками сердца, контрольную группу составили 50 здоровых родильниц. С целью ранней диагностики нарушений состояния беременной проводили биохимические, иммунологические исследования крови. Обследованные беременные были в возрасте от 19 до 38 лет.

Результаты исследования: Диагноз врожденного порока сердца у 24 женщин был установлен во время беременности, у остальных до наступления беременности. По характеру порока сердца беременные распределялись следующим образом: дефект межпредсердной перегородки у 26 (55,3%), дефект межжелудочковой перегородки у 13 (27,6%), открытый артериальный проток у 8 (17,02%). У всех беременных с пороками сердца отмечались явления недостаточности кровообращения: 1 стадия декомпенсации имела место у 67% больных, II А стадия – у 32%. В зависимости от состояния давления в малом круге кровообращения больные были разделены на 3 группы: 22% беременных с нормальным давлением в системе легочной артерии, 63% беременных с I- степенью легочной гипертензии и 17% беременных со II и III стадиями. При изучении акушерского анамнеза оказалось, что у большинства больных с врожденными пороками сердца менархе наступило своевременно. Позднее начало менструаций было у 16% беременных, что можно объяснить отставанием полового развития девочек в связи с наличием порока сердца. Первобеременных было 71% повторнобеременных – 29%, первородящих – 83%, повторнородящих- 17%. Анализ течения беременности и родов показал, что при врожденных пороках сердца наблюдаются различные осложнения беременности и родов. Ранние токсикозы (24,35% ± 4%) и гипертензивные состояния беременности соответственно (19% ± 3%) у беременных с пороками сердца наблюдались в 3 раза чаще, чем у здоровых женщин. Обращает на себя внимание большая частота прерывания беременности (21%) и внутриутробной гипоксии плода (19%). Различные отклонения от нормального течения родового акта у обследованной группы наблюдались в 3 раза чаще, чем в контрольной группе беременных. Так, быстрые и стремительные роды имели место соответственно в 16% и 6% случаев. Следует отметить повышенную частоту кровотечений в родах у больных с врожденными пороками сердца – 23%.

Необходимость облегчить и сократить период изгнания, связанная с тяжестью течения заболевания, наличием недостаточности кровообращение, обусловила большую частоту оперативных вмешательств в родах: акушерские щипцы применялись у 14%, кесарево сечение у 16% женщин.

Общая продолжительность родов у первородящих женщин с врожденными пороками сердца составила 11±0.5 ч, у повторнородящих - 6± 0.4 ч.

Вывод: Разработанная терапия способствует нормализации параметров гомеостаза, уменьшению степени кислородной недостаточности и повышению адаптации организма к гипоксии, что определяет ее эффективность.

Своевременная диагностика и эффективное лечение уменьшило степень гипоксии и применение вышеуказанной терапии обусловило снижение частоты осложнений беременности, родов и послеродового периода.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Азизова Н.Д., Шамсиев Ф. М., Туракулова Х. Э.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Республика Узбекистан, г.Ташкент
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы во всем мире отмечается рост числа заболеваний легких, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции (БО). Каждый четвертый ребенок в возрасте до 6 лет переносит синдром БО, причем, более чем у половины из них он имеет тенденцию к повторению. Дети, имеющие отягощенный (по аллергии) семейный анамнез болеют чаще в 30-40% случаев, что также

характерно для детей, болеющих респираторными инфекциями более 6 раз за год. Поэтому БО считается одной из серьезных проблем, требующих своего решения в практической педиатрии.

Материалы и методы. Обследовано 50 детей бронхообструктивного синдрома наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических, лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Большинство наблюдаемых детей с ООБ и ОП с БО впервые перенесли обструкцию уже в возрасте до 1 года (56,4% и 50,2% соответственно). В группе же с РОБ 62,0% детей впервые обструкцию перенесли в возрасте старше 2 лет. Выявляются отклонения во внутриутробном развитии. Этот фактор имеет важное значение, как предрасполагающий к формированию у детей БО.

ОРВИ во время беременности у матерей всех больных встречалась с одинаковой частотой. Недоношенность и рождение в асфиксии выявлены в наибольшей частоте случаев в группе детей с ООБ – 16 (14,5%) и 57 (51,8%) соответственно.

При поступлении в стационар основными жалобами родителей детей, больных были кашель у 85,0%, одышка – у 91%, снижение аппетита – у 48,1%, бледность – у 64,4%, сухость кожных покровов – 40,3% и мраморность – 7,6%, повышение температуры тела до 37°С отмечалось в 29,6% случаев, у 54,4% детей – до 37-38°С, цианоз носогубного треугольника наблюдался у 35 (31,8%) детей. Температура тела при поступлении была фебрильной у 21 (19,1%) больного. Характер кашля был сухим у 90 (81,8%) больных, влажным - у 20 (18,2%) больных. При аускультации легких на фоне жесткого дыхания выслушивались сухие хрипы у 86 (78,2%) больных, у 24 (21,8%) выслушивались влажные хрипы. Рентгенологическая картина легких у больных ОП с БО зависела от выраженности патологических изменений в них. У 90,0% детей в легких обнаружены очаговые инфильтраты, из них у 102 (48,3%) процесс был двусторонним с локализацией очагов в нижних отделах легких; у 91 (43,1%), очаги локализовались справа; у 18 (8,5%) была диагностирована сегментарная пневмония.

Перкуторно определялся коробочный оттенок звука у 78,2% детей. При аускультации у детей с БО жесткое дыхание определялось в 86,7% случаях, у 13,3% ослабленное дыхание.

Выводы. Таким образом, сопоставление результатов клинических наблюдений детей, больных с БО исследования показало, наблюдается более длительное проявление одышки, пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких. На рентгенограммах больных всех групп, как правило, отмечается эмфизематозное расширение легких с обеих сторон с горизонтальным стоянием ребер, которые характерны для синдрома БО. При наличии бронхиальной обструкции более выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности, что более длительно проявляется клиническими признаками заболевания.

БРОНХО-ОБСТРУКТИВ СИНДРОМ КУЗАТИЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АЦИКЛОВИР ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Тўрақулова Ҳ.Э.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Болалар касалликлари орасида нафас йўллари патологияси етакчи ўринни эгаллайди. 25-31% болаларда нафас йўлларининг инфекциялари обструктив бронхит клиникаси кўринишида учрайди ва 30-50% ҳолларда улар чўзилган, тўлқинли ёки қайталанувчи кўринишда кечади. Шу билан бирга, обструктив бронхитнинг оғирлиги ва давомийлигини тахмин қилиш, рационал терапия ўтказиш ва касаллик қайталанишининг олдини олиш учун эрта этиологик фарқлаш зарур. Юқориги ва пастки нафас йўллари касалликларини тез-тез юқтирадиган болаларнинг 70-80% да иммун тизимида ҳужайра алоқаси, интерферон тизими ва фаготситоз билан боғлиқ ўзгаришлар юз беради

Максад. Касаллик оқибатини яхшилаш ва даволаш учун болаларда бронхо-обструктив синдром шаклланишининг клиник хусусиятларини ўрганиш.

Натижалар. Бронхо-обструктив синдромни даволашда вирусга қарши препаратлардан бири ацикловирни қўллаш эффективлигини 1-5 ёшгача бўлган, 50 нафар бронхообструктив синдром билан касалланган болалар текширилди. Барча беморларда нафас сонининг тезлашгани, экспиратор типдаги ҳансираш, аускультацияда ҳар хил калиборли қуруқ ва нам хириллашлар, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган. Беморларни 25 нафарига фақат антибиотик терапия ўтказилди, колган 25 нафарига антибиотиклар билан бирга вирусга қарши препаратлардан ацикловир берилди. Жами муолажалар 7 кунни ташкил этди. Барча беморларга ацикловир ёшига мос равишда тавсия этилди. Вирусга қарши препарат қўлланилганда ножўя таъсир кузатилмаган. Ацикловир қўлланилган 25 нафар беморда даволашнинг 4-5 кунидаёқ умумий ҳолатда ижобий ўзгаришлар кузатилиб, йўтал, энтикиш, ҳансираш ҳолсизлик, безовталик, нафас етишмовчилиги белгиларини бартараф қилишда фақат антибиотик терапия қўлланилган гуруҳга нисбатан эртароқ ижобий натижа кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, ацикловир организмда ҳужайравий иммунитет алоқасини тиклаб, организм курашувчнлигининг фаоллашишига, иммунитет кўтарилишига ва касалликнинг клиник белгиларини эртароқ бартараф бўлишига олиб келади.

БОЛАЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ЎТКИР ОБСТРУКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА НЕБУЛАЙЗЕР ТЕРАПИЯНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ

Тўрақулова Ҳ.Э.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Ҳозирги кунда болалардаги бронхо-обструктив синдром муаммоси педиатрларда катта қизиқиш уйғотмоқда, чунки айнан шу синдром бронхопулмонар патологияни кучайтиради ва беморнинг касалхонада бўлиш муддатини узайтиради.

Муаммонинг долзарблиги шундаки, сўнги пайтларда нафас олиш тизимининг ўткир яллиғланиш касалликларига чалинган эрта ёшли болаларда бронхо-обструктив синдром билан касалланиш кўпаймоқда. Бу эса асосий касалликнинг клиникасини оғирлаштириб, нафас етишмовчилиги белгиларини тез ривожланишига сабаб бўлмоқда.

Мақсад. Турли хил преморбид фонга эга бўлган эрта ёшли болаларда бронхо-обструктив синдромни даволаш учун дори воситаларини юборишда небулайзер терапиянинг самарадорлигини баҳолаш.

Натижалар. Бронхообструктив синдром билан кечувчи нафас йўлларининг яллиғланиш касаллиги бўлган 67 болалар текширувдан ўтказилди. Анъанавий даво ўтказилган 10 нафар бемор бола назорат гуруҳини ташкил қилди, анъанавий давога небулайзер терапияни қўшимча қилинган 57 нафар бола асосий гуруҳни ташкил қилди. Бронхо-обструктив синдромни дифференциаллашган даво муолажаларини ўтказиш учун дори воситаларини юборишда небулайзер усулдан фойдаланилди. Текширув натижаларига кўра небулайзер усулда дори воситаларини юбориш анъанавий усулга кўра 4-5 баробар самарадорлиги юқори бўлишини кўрсатди. Ингаляцион терапиянинг самарадорлиги бир ёшгача бўлган болаларда дори воситаларини танлашда преморбид фонни ҳисобга олиш билан тўғридан-тўғри боғлиқлигини кўрсатди.

Хулоса. Шундай килиб, небулайзер терапиядан фойдаланилганда, дори моддалар анъанавий даволанишга қараганда тез таъсир қила бошлайди ва бу албатта касаллик оқибатини яхши якунланишига олиб келади.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНО-ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Турақулова Х.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. Предупреждение тяжелейших исходов болезней почек у детей является одной из актуальных проблем детской нефрологии. Так, через 10 лет после выявления пиелонефрита даже при использовании элементарных методов функционального исследования почек нормальные показатели установлены только у 19,2% больных [49]. В настоящее время одним из ведущих механизмов прогрессирования хронических заболеваний почек считается нарушение внутрипочечной гемодинамики с развитием внутриклубочковой гипертензии и гиперфильтрации. Общепринятые методы исследования функционального состояния почек не могут быть использованы для оценки степени потери функционирующей паренхимы почек до развития ХПН. Степень сохранности функциональных резервов почки и систем их регуляции определяется с помощью функциональных нагрузочных проб [12, 16]. В проведенных ранее исследованиях мало отводится внимание на проведение комплексного изучения парциальных функций почек с определением особенностей функционирования всех отделов нефрона в условиях белковой нагрузки у детей с различными формами хронического пиелонефрита в активную и неактивную стадии воспалительного процесса.

Цель исследования. Определить особенности нарушения выделительных функций и функционального резерва почек при дизметаболических нефропатиях у детей.

Практическая значимость. Установленный характер нарушений парциальных функций почек может быть использован в педиатрической практике наряду с другими клиническими проявлениями в качестве критериев диагностики кристаллурии, дизметаболической нефропатии, мочекаменной болезни и пиелонефрита. Оценка функционального почечного резерва даст возможность рано выявлять нарушения внутрипочечной гемодинамики, выраженность воспалительного процесса в почках.

Выводы. В группе детей с ХВПНд, наряду с выраженными нарушениями функционирования проксимального отдела нефрона в виде снижения реабсорбции кальция, натрия, калия, выявлены нарушения функций петли Генле и дистальных канальцев, которые проявлялись снижением концентрационной способности почек у 17,4% обследованных и ацидо- и аммониогенеза у такого же

процента больных.В группе детей с ХВПНоб выявлено нарушение функционирования канальцевой части нефрона. В проксимальных канальцах обнаружено снижение реабсорбции аминокислот, натрия, калия. В отличие от ХВПН не отмечалось увеличения абсолютной и фракционной экскреции кальция. Установлено, что у больных ХВПНоб по сравнению с ХВПНд в 2 раза чаще наблюдалось нарушение ацидо- и аммониогенеза (40,7 и 17,4%) и снижение концентрационной способности почек (33,3 и 17,4%).Для детей с ХВПНобд были характерны нарушения функций почек,свойственные дизметаболическому и обструктивному пиелонефриту. В проксимальных канальцах отмечалось снижение реабсорбции кальция, натрия, калия. Нарушение функции петли Генле проявлялось как снижением концентрационной способности почек (21,6%), так и гиперстенурией (18,9%), никтурией (48,6%). Средний уровень суточной экскреции аммиака с мочой получен достоверно более высокий, чем в контрольной группе ($p<0,05$), у небольшого процента детей выявлено снижение ацидо- и аммониогенеза(18,9%).

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Умаров Ф.Х., Матанов З.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии МЗ РУз, г. Ташкент

Актуальность. В настоящее время изучению остеопороза, как одного из самых актуальных проблем современной травматологии и ортопедии посвящено очень много работ.

В последние годы, наряду с оптимизацией потребления кальция у детей, значительное внимание уделяется достаточному статусу витамина D. Известно, что витамин D поддерживает формирование и обменные процессы в мышечной ткани. На фоне низкого статуса витамина D нарушается регенерация кости.

Кроме того, известно, что переломы приводят к нарушению минеральной плотности кости (МПК) и развитию остеопении не только в травмированной кости, но и других костях скелета, что негативно отражается на процессе формирования пика костной массы у детей (Crabtree NJ соавт., 2013).

Во всем мире регистрируется значительная распространенность остеопенического синдрома среди практически здоровых детей, которые в анамнезе не имеют сопутствующей хронической соматической патологии (Di Iorgi N с соавт., 2018). В связи с этим, особое внимание уделяют формированию пика костной массы у детей. Известно, что 80% прироста пиковой костной массы происходит в детском и подростковом возрасте. Самую объективную оценку костной массы дают методы костной денситометрии, которые являются необходимым инструментом для раннего выявления остеопении и остеопороза.

Многочисленные исследования показывают увеличение детского контингента с низкими возрастными темпами накопления МПК и увеличение числа переломов на этом фоне, что объясняется недостаточным накоплением пика костной массы при высоких темпах роста скелета (Мальцев С.В. с соавт., 2015; 2016).

Учитывая указанные выше данные, нами в нашей работе поставлена следующая **цель исследования** - определить у детей и подростков с переломами длинных костей исходные показатели МПК, оценить статус витамина D.

Материал и методы обследований. Нами были изучены данные денситометрических и лабораторных методов исследования 46 больных детей с переломами длинных костей в возрасте от 6 до 18 лет, находившихся на обследовании и лечении в клинике детской травматологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии.

Из 46 детей 39 (84,8%) были мальчики, 7 (15,2%) – девочки. Из них 16 (34,8%) были в возрасте 6-10 лет, 30 (65,2%) – 11-18 лет. Из сегментов чаще всего поражалась плечевая кость – 26 (56,5%), затем предплечье – 16 (34,8%), третье и четвертое место по частоте занимали кости голени – 3 (6,5%) и бедренная кость – 1 (2,2%) соответственно. По механизму травмы у всех 46 больных детей наблюдались низкоэнергетические переломы (падение с высоты собственного тела).

МПК оценивали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на костном денситометре DMS STRATOS (Франция) с применением евразийской нормативной базы данных.

Уровень минерализации оценивали по абсолютным показателям МПК по показателю Z-критерия на исследованных уровнях скелета, учитывая разницу между МПК обследованного пациента и среднестатистической нормой для здоровых детей и подростков такого же возраста и пола.

Изучение основных показателей минерального обмена производилось на основании однократного исследования в сыворотке крови концентрации общего кальция, фосфора и активности щелочной фосфатазы. Параллельно было проведено исследование крови с целью определения статуса витамина D.

Статистическая обработка результатов проведена с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel и Stats of Statistica V 6.0. Различия показателей считали достоверными при $P<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Традиционно наличие остеопороза устанавливают на основании результатов денситометрического исследования. При этом снижение костной плотности на 1-2,5 стандартных отклонений (Z-критерий) от нормативных показателей расценивают как остеопению, более чем на 2,5 стандартных отклонений – как остеопороз (Мальцев С.В. с соавт., 2015).

Но, известна ещё денситометрическая классификация остеопении и остеопороза по Малинину В.Л. (2006), по которой к настоящему времени в оценочную шкалу дефицита минеральной плотности костной ткани по Z-критерию внесено уточнение градаций дефицита МПК в процентном соотношении, то есть до 10% расценивается как норма, от 11 до 17% – как остеопения I степени (умеренная), 18-25% - как остеопения II степени (выраженная), 26% и более – как остеопения III степени (резко выраженная), 26-34% – как остеопороз I степени, 35-49 % – как остеопороз II степени, 50% и более – как остеопороз III степени.

Из результатов проведенного денситометрического обследования нами по вышеуказанной классификации у 9 больных детей с переломами выявлена остеопения I степени, у одного больного остеопения II степени, у 5 больных – остеопороз I степени, у остальных 31 детей показатели МПК соответствовали нормальным значениям.

В результате проведенных лабораторных исследований нами были получены следующие данные – у 56,4% мальчиков и у 57,1% девочек наряду с повышенной активностью щелочной фосфатазы у 94,8% мальчиков и 100% девочек, определялся низкий уровень кальция, что свидетельствовало о нарушении нормального развития костной ткани. Выявленный нами у 61,5% мальчиков недостаточность и у 57,1% девочек дефицит витамина D подчеркивает актуальность существующей проблемы и требует проведения дальнейших исследований, посвященных изучению остеопении и остеопороза у детей с переломами длинных костей.

Заключение. Низкая МПК, наличие гиповитаминоза D у детей с низкоэнергетическими переломами, учитывая важность этих показателей для сращения перелома, требуют коррекции выявленных нарушений: выбора более щадящих методов лечения, назначения адекватной медикаментозной терапии, динамического наблюдения за эффективностью назначенной терапии, а у детей с подтвержденным диагнозом остеопороз – исследования МПК в динамике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБЕТОЦИНА

Уринбаева Н.А.[1] Махкамова Ш.Х[1]
Республиканский Перинатальный Центр, г.Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Акушерские кровотечения являются одним из тяжелых осложнений родов, приводящих к тяжелым последствиям для здоровья и жизни беременных женщин. Частота их при вагинальных родах составляет от 12 до 17%. Причины акушерских кровотечений разнообразны, и степень их тяжести зависит от того, как проводилось гемостатическое лечение. Для прогнозирования развития акушерских кровотечений имеет значение репродуктивный анамнез, отягощенный акушерский анамнез и патологическая кровопотеря в родах. Эффективность лечения акушерского кровотечения зависит от длительности временного промежутка от его начала и до момента проведения интенсивной терапии и применения кровеостанавливающих и утеротонических препаратов.

Цель исследования: определить эффективность карбетоцина (пабала) и балонной тампонады матки для лечения акушерских кровотечений.

Материал и методы. Исследования проведены в Республиканском перинатальном центре г.Ташкента за период по данным историй родов. Нами ретроспективно изучены истории родов у 50 беременных, роды которых в последствие осложнились развитием акушерских кровотечений. Проспективно проведено исследование у 50 рожениц с кровотечением в III-периоде родов, которым оказана утеротоническая терапия карбетоцином (1 группа - 25 женщин) и путем применения балонной тампонады (2 группа - 25 женщин).

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст обследованных пациенток составил 29,6±5,2 года. Ретроспективный анализ показал, что кровотечения при предыдущих беременностях имели место в анамнезе у 34,3% женщин. Изучение паритета
родивших женщин выявило, что первородящие женщины составили около одной трети (32,0%), остальные женщины были повторнородящими. Основными причинами акушерских кровотечений были гипо- и атонические кровотечения – 80%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 2%, предлежание плаценты – 2%, травмы родовых путей – 16%. Роды через естественные родовые пути были проведены у 60% женщин, оперативные роды путем кесарева сечения – у 40%. При развитии патологической кровопотери в качестве утеротоников во всех случаях использовали внутривенные инфузии окситоцина, гемостатику проводили инфузией транексамовой кислоты. Для хирургического гемостаза были проведены: перевязка трех пар сосудов – 46%, перевязка внутренних подвздошных артерий – 4%.

Гистерэктомия этим пациенткам не проведена. Объем общей кровопотери у этих рожениц колебался от 600 до 1000 мл и составлял в среднем 1246,3±95,2 мл.

Нами изучена эффективность применения утеротоника карбетоцина (пабала) при развитии акушерского кровотечения (1 группа – 25 беременных) по сравнению с баллонной тампонадой (2 группа – 25 беременных). Карбетоцин применяли в дозе 1мл внутривенно медленно. Общий объем кровопотери колебался от 600 до 920 мл, при этом средняя кровопотеря в 1группе составила 804,5±72,7мл. Баллонная тампонада применялась у 25 женщин сразу с началом интенсивного кровотечения. Средняя кровопотеря в этой группе составила 1075,4±71,9мл. Временной промежуток от начала кровотечения до его остановки в 1 группе с карбетоцином составил в среднем 6,9±4,6минут, во 2 группе при применении баллонной тампонады время остановки кровотечения колебалось от 15 до 20 минут и составило в среднем 16,2±5,3 минуты.

Таким образом, в результате применения карбетоцина для остановки кровотечения в 1,54 раза снизился объем кровопотери по сравнению с традиционными методами остановки. Кровопотеря также была в 1,34 раза ниже при применении карбетоцина по сравнению с баллонной тампонадой матки. Также быстрее в 2,3 раза наступала остановка кровотечения при применении карбетоцина у пациенток 1 группы по сравнению со 2 группой. В обеих группах не произведена гистерэктомия и хирургические методы остановки кровотечения.

Выводы. 1.Развитию акушерских кровотечений у обследованных пациенток способствовали отягощенный акушерский анамнез, патология прикрепления плаценты и др. Традиционные методы остановки кровотечения, включая хирургический гемостаз, сопровождаются значительной кровопотерей.

2. Своевременное применение карбетоцина и/или баллонной тампонады позволяет быстро остановить акушерское кровотечение, сократить объем кровопотери и сохранить репродуктивный орган.

ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Уринова Д.Б., Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Преэклампсия и в XXI веке остается одной из нерешенных акушерских проблем в связи с широким распространением, недостаточной эффективностью лечебно-профилактических мероприятий, а также большими экономическими затратами на проведение интенсивной терапии и реанимации пациенток с этой патологией.

Преэклампсия, наряду с другими гипертензивными расстройствами, осложняет течение 2-8% беременностей. Согласно данным ВОЗ, в популяции беременных женщин частота преэклампсии составляет 5-10%, а эклампсии -0,05%.

В мировой структуре материнской смертности доля преэклампсии составляет 12-15%, а в развивающихся странах этот показатель значительно выше и достигает 30%.

Цель исследования. Повысить эффективность лечения преэклампсии на основе выявленных патогенетических особенностей эндотелиальной дисфункции при данной патологии и способа ее коррекции.

Материалы и методы исследования. Соответственно, выбраны методы исследования, отражающие гемодинамические гестационные изменения ЦГ матери (эхокардиография с определением объемных показателей работы сердца ударного объема (УО), минутного объема (МО), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС)), МПП кровотока (допплерометрический метод оценки интенсивности МП и ПП кровотока), а также состояние функции эндотелия.

Результаты исследования. Дисфункция эндотелия в виде снижения содержания в крови метаболитов оксида азота до 19,5+1,94 мкМ/л ($p<0,001$), возрастания концентрации эндотелина-1 до 0,9+0,10 мМ/мл ($p<0,001$), тромбоспондина до 2,8+0,25 нг/мл ($p<0,001$) и молекул межклеточной адгезии до 352+30,5 пг/мл ($p<0,001$) развивается уже при умеренной преэклампсии.

У пациенток с тяжелой преэклампсией имеет место нарастание проявлений дисфункции эндотелия, обусловленное усилением синтеза эндотелием эндотелина-1 до 1,3+0,17 мМ/мл ($p<0,001$), тромбоспондина до 3,8 +0,39 нг/мл ($p<0,001$) и адгезивных молекул до 585+34,1 пг/мл ($p<0,001$) при одновременном снижении уровня метаболитов оксида азота до 14,4+0,46 мкМ/л ($p<0,001$) и тромбомодулина до 52,6+4,5 пг/мл ($p<0,001$). Уровень маркеров дисфункции эндотелия в крови может быть использован как критерий перехода умеренной преэклампсии в тяжелую преэклампсию.

При использовании манжеточной пробы у беременных с умеренной преэклампсией выявлено снижение степени эндотелийзависимой дилатации плечевой артерии до 9,2+0,82% ($p<0,001$) с повышением скорости кровотока в плечевой артерии до 132+7,9 см/сек ($p<0,05$). При тяжелой преэклампсии имеет место низкая степень эндотелийзависимой дилатации плечевой артерии - 6,4+ 0,4% ($p<0,001$) с максимальным

нарастанием скорости кровотока в плечевой артерии до 165+9,8 см/сек ($p<0,05$) , что может быть использовано как критерий перехода умеренной преэклампсии в тяжелую преэклампсию.

Развитие эндотелиальной дисфункции у беременных с умеренной преэклампсией сочеталось с повышением ИР в маточной артерии в 1,32 раза, ИР в артерии пуповины в 1,2 раза по сравнению с показателями группы контроля; прогрессирование дисфункции эндотелия при тяжелой преэклампсии сопровождалось возрастанием ИР в маточной артерии в 1,2 раза, ИР в артерии пуповины в 1,14 раза по сравнению с аналогичными показателями беременных с умеренной преэклампсией, что указывает на тесную взаимосвязь эндотелиальной дисфункции и нарушений кровотока в маточно-плацентарном комплексе.

Наличие эндотелиальной дисфункции у беременных с умеренной преэклампсией сопровождалось снижением АПТВ в 1,3 раза, увеличением уровня фибриногена в крови в 1,2 раза, времени фибринолиза в 1,3 раза. Нарастание проявлений эндотелиальной дисфункции у беременных с тяжелой преэклампсией сочеталось с прогрессирующими гиперкоагуляционными сдвигами, что свидетельствует о важной роли дисфункции эндотелия в нарушениях коагуляционного потенциала крови.

При включении небиволола в комплексную терапию беременных с умеренной преэклампсией отмечалось снижение ИР в маточных артериях до 0,48 ±0,03 ($p<0,05$) и артериях пуповины до 0,62±0,03 ($p<0,05$), увеличение АПТ В до 30,2±2,52 сек. ($p<0,05$), уменьшение времени фибринолиза до 7,2±0,34 мин. ($p<0,05$). Одновременно выявлено повышение уровня в крови метаболитов оксида азота до 31,9±3,9 мкМ/л ($p<0,05$), снижение уровня ЭТ-1 до 0,63±0,05 мМ/мл ($p<0,05$), тромбоспондина до 2,1±0,22 нг/мл ($p<0,05$), повышение показателя ЭЗВД до 17,4±1,3% ($p<0,05$).

Использование небиволола в сочетании с общепринятой терапией у беременных с умеренной преэклампсией способствует повышению эффективности лечения и проявляется снижением частоты развития субкомпенсированного и декомпенсированного состояния плода, потребовавшего досрочного родоразрешения, на 10,6%; снижением частоты преждевременных родов на 18,1%; уменьшением неонатальной заболеваемости детей пациенток с умеренной преэклампсией на 22,4%, частоты развития церебральной ишемии 1-11 степени у новорожденных на 13,2%, синдрома дыхательных расстройств новорожденного на 5,9%.

Вывод. Полученные данные о гестационной трансформации эндотелиальной функции на ранних сроках беременности позволили разработать способ прогнозирования ПЭ у пациенток с ранней ЭТД. Выделенные нами критерии дезадаптации ЦГ матери и МПП кровотока легли в основу ранней диагностики ПЭ на доклиническом этапе (в конце 2 или в начале 3 триместров).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С РАННЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Уринова Д.Б., Асранкулова Д.Б.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Преэклампсия является проблемой современного акушерства, занимает ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

По данным ВОЗ, преэклампсия (ПЭ) составляет основную часть всех гипертензивных нарушений при беременности.

Цель исследования. Снижение материнской и перинатальной заболеваемости, частоты и тяжести осложнений, обусловленных преэклампсией у беременных с ранней эндотелиальной дисфункцией.

Материалы и методы исследования. Было изучено течение беременности у беременных с реализованной ПЭ и беременных группы риска развития ПЭ.

Выделено 4 группы исследования: 1 – пациентки с реализованной ПЭ (35 случаев); 2 – беременные женщины из группы высокого риска развития ПЭ, принимавшие витамин D и препараты кальция с начала беременности (25 случаев); 3 – беременные с физиологическим течением беременности (контрольная, 37 случаев).

Была обследована также группа пациенток группы высокого риска развития ПЭ, планирующих беременность, – 117 женщин. Среди них 36 женщин с гипертонической болезнью, 35 – с заболеваниями почек, 33 – с ожирением (ИМТ >34 кг/м^2), 13 – с дефицитом массы тела.

Результаты исследования. Экстрагенитальная патология сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хронические воспалительные заболевания с частыми рецидивами жизненно важных органов (ЖВО) и другие заболевания патогенетически определяют формирование ЭТД. Во время беременности у 65-70% женщин с РЭД развивается гестационная дезадаптация функции эндотелия, которая проявляется прогрессированием ЭТД на фоне ПЭ и плацентарной недостаточности.

У беременных с РЭД прогнозирование ПЭ на доклиническом этапе возможно в начале второго триместра (16-18 недель) при увеличении параметров функции эндотелия (ФЭ) менее, чем на 4% по сравнению с критериями ФЭ в начале беременности (патент №2485894).

Разработанный нами способ прогнозирования ПЭ позволяет выделить группу риска развития ПЭ на доклиническом этапе и провести профилактические мероприятия, направленные на снижение тяжелых материнских и перинатальных осложнений.

Выделены диагностические критерии дезадаптационных изменений центральной гемодинамики у беременных с РЭД: на сроке 28-30 недель -прирост минутного объема на 20% и менее от исходных данных; укорочение периода максимальных гемодинамических нагрузок на 2-3 недели (до 32-33 недели); в третьем триместре - снижение минутного объема и повышение общего периферического сосудистого сопротивления до исходных значений в начале беременности.

Определены критерии дезадаптации МПП кровотока у беременных с РЭД, которые трактуются как нарушение гемодинамического равновесия между маточно-плацентарным и плодово-плацентарным кровотоком (показатель ИР МА/ИР АП выше 0,8 отн.ед.).

Выявление критериев дезадаптации ЦГ матери и МПП кровотока у пациенток с ПЭ дает возможность по объективным критериям уточнить степень тяжести ПЭ и выбрать оптимальное время и способ родоразрешения.

Внедрение в практическую работу родильных домов разработанных методов прогнозирования и ранней доклинической диагностики ПЭ, позволило провести профилактические мероприятия по коррекции нарушений в ГС МПП и тем самым снизить тяжесть течения ПЭ и частоту осложнений для матери и плода, обусловленных ПЭ.

Вывод. Патофизиологические механизмы, лежащие в основе ПЭ, не до конца изучены, однако установлено, что наиболее значимые патологические процессы, происходящие в плаценте, почках, печени и головном мозге, сводятся к сосудистым эндотелиальным нарушениям.

В представленной нами работе доказано, что в 65-70% у пациенток с ранней ЭТД различной степени тяжести, беременность осложняется ПЭ. Характерными особенностями течения ПЭ у этих пациенток является раннее проявление клинических симптомов, высокая частота преждевременных родов и гипоксически-ишемических повреждений плода, прогрессирование тяжести ЭГП у матери.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современная классификация хронического гепатита (ХГ) предполагает использование морфологической картины хронического гепатита, полученные путем биопсии печени (Коржакова И.Т. и соав., 2001). Морфологическое исследование является «золотым стандартом» диагностики ХГ и циррозов печени (Потапов А.Н. , 2004). Однако использование биопсии печени в педиатрии затруднено по объективным и субъективным причинам. Поэтому требуется поиск критериев оценки активности процесса в печени на основании лабораторных и данных ультразвуковой диагностики (УЗД).

Целью работы явилось сопоставление УЗД и клинико-лабораторных данных исследования печени у детей при ХГ.

Материал и методы исследования. Обследованы 11 детей в возрасте 6-14 лет путем проведения УЗД исследования по поводу диагностики ХГ в условиях отделения старшего возраста ГДБ г. Андижан. Исследование сосудов портальной системы и паренхимы печени проведено на аппарате Logig-9 (GE) с использованием датчиков 5,0-8,0 мгц. Этиологически гепатиты распределялись - хронический гепатит В (7), хронический гепатит С (3), аутоиммунный гепатит (1).

Результаты исследования и их обсуждение. Показано, что общие ЭХО-признаки, характерные для ХГ, были гепатомегалия (с учетом возраста) различной степени выраженности и гиперэхогенность (уплотнение) паренхимы печени: высоко эхогенные тяжистые структуры с ровным контуром по ходу воротной вены, независимо от этиологии ХГ (8), указывало на ЭХО-признаки минимальной выраженности фиброза. Неравномерное утолщение, тяжистые структуры печени были характерны (3) для фиброза тяжелой степени (из них 1 – аутоиммунный гепатит). При этом у детей отмечалось увеличение объемного кровотока по сосудам портальной системы. Следовательно, УЗД данные печени могут служить ориентировочным маркером фиброза паренхимы печени.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Усмонова Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Современные клинические, лабораторные и экспериментальные методы исследования направлены на изучение механизмов возникновения и развития этого акушерского осложнения.

Диагностические критерии, по-прежнему, основаны на неспецифических клинических и лабораторных признаках. Своевременное точное распознавание развития ПЭ является важной задачей современных исследователей.

Цель исследования: изучить клинические особенности преэклампсии и разработать методы современного лечения.

Материалы и методы исследования. С 2019 по 2021 годы в АОПЦ было родоразрешено 24961 беременная. За этот период диагноз «тяжелая преэклампсия» был поставлен 244 женщинам, что составляет 0,98% от всех родоразрешенных в стационаре. Все пациентки были включены в основную группу первого этапа исследования.

Результаты исследования. У большинства обследуемых менструальный цикл был регулярный, нормопонирующий, нарушение цикла по типу опсоменореи имело место в 3 (1,48%) случаях, дисменорея наблюдалась в 5 (2,46%) наблюдениях.

Анализируя гинекологический анамнез, следует отметить, что 124 (61,08%) пациенток с тяжелой ПЭ имели в анамнезе гинекологические заболевания, у 24 (11,82%) из них анамнез был отягощен бесплодием (длительностью от 2 до 17 лет).

У четверти обследуемых с предстоящими повторными родами предыдущая беременность которых закончилась операцией кесарево сечение, показанием к ней у 11 человек явилась тяжелая ПЭ. Всего же в анамнезе это осложнение беременности встречалось у 20 пациенток и развилось повторно при данной беременности, у 3 из них тяжелая ПЭ привела к антенатальной гибели плода при прошлых беременностях.

В нашем исследовании мы наблюдали несколько клинических вариантов ПЭ: классическая триада Цангемейстера наблюдалась в 58,2% (142 женщины) случаев, отечно - протеинурическая форма имела место в 14,75% (36 случаев) наблюдений, на основании изолированной высокой АГ диагноз тяжелой ПЭ был поставлен в 16,8% случаев (к клинике присоединялись и другие критерии тяжелой ПЭ).

Выводы. У беременных с тяжелой ПЭ в сыворотке крови концентрация антиангиогенного фактора значимо выше по сравнению со sFlt-1 беременными без гипертензивных расстройств (4362±570,12 и 1080±435 пкг/мл соответственно; p0,05), значение соотношения sFlt-1/VEGF почти в 6 раз значимо выше у пациенток с тяжелой ПЭ (503±67 и 86,22±11,81 соответственно; p0,01).

При тяжелой ПЭ сывороточный уровень молекул адгезии как показателей эндотелиальной дисфункции выше, между ними определяется высокая положительная связь (r=0,74; p0,0001), значимая разница имеет место при рассмотрении sVCAM-1 (1391±308,33 и 966,2±165,22 нг/мл соответственно; p0,05).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ

Усмонова Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сегодняшние дети будут поддерживать основной уровень рождаемости в 2020-2030 гг.

Основным принципом сохранения медико-биологического потенциала рождаемости должен быть принцип сохранения репродуктивного здоровья каждой девочки и каждого мальчика, начиная с момента рождения и включая все этапы становления и реализации репродуктивной системы.

Цель исследования. Изучить современные методы лечения нарушений менструальной функции у девочек – подростков.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, мы обследовали 256 пациентов с диагнозом нарушения менструальной функции у девочек – подростков.

Результаты исследования. Впервые установлено, что у девочек-подростков, подвергающихся влиянию комплекса неблагоприятных факторов, дисбаланс между процессами свободнорадикального окисления и антиоксидантной защиты, наличие изменений клеточного состава крови и показателей

иммунитета, характеризующихся количественным дефицитом Т- и В-лимфоцитов, напряжением гуморального звена иммунитета, усилением факторов неспецифической реактивности организма - повышением фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного индекса, увеличением метаболической активности фагоцитов по НСТ-тесту представляют собой проявление полисистемногодезадаптационного синдрома.

Впервые на основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов. При этом коэффициент множественной детерминации, отражающий долю причин, способствующих развитию исследуемых заболеваний, имеет изучаемая совокупность признаков, составляет 26,3% (R2=0,224; p<0,001). Второе место по силе влияния на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков принадлежит совокупности экологических факторов - 15,6% (R2=0,21; p<0,001), третье - социально-гигиеническим -14,2% (R2=0,189; p<0,001). Условия учебной и вне учебной деятельности занимают четвертое место - 12,3% (R2=0,163; p<0,001), пятое и шестое места принадлежат социально-психологическим - 11,5% (R2=0,152; p<0,001) и санитарно-гигиеническим - 9,6% (R2=0,124; p<0,001) факторам. Медико-демографические (6,3%, R2=0,113; p<0,001) и медицинские (4,2%; R2=0,103; p<0,001) факторы занимают, соответственно, седьмое и восьмое место.

Выводы. На основании многофакторного анализа установлено, что наиболее сильное влияние на возникновение гинекологической патологии у девочек-подростков оказывает совокупность медико-биологических факторов, для которых коэффициент множественной детерминации составляет 26,3% (R =0,224; p<0,001).

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИИ

Усмонова Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Для уточнения диагноза и определения лечебной тактики используют гистеросальпингографию, гистеросальпингоультрасонографию; компьютерную трансмиссионную и магнитно-резонансную томографию; лимфо-, артерио-, флебоангиографию; ряд специальных лабораторных тестов: иммунологические, иммуногистохимические, эндокринологические исследования, изучение гормональных рецепторов.

В то же время продолжаются дискуссии о диагностической ценности каждого из названных методов в отдельности, их рациональном сочетании и очерёдности применения.

Цель исследования. Изучить современные методы ранней диагностики гиперпластических процессов эндометрии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач мы обследовали 60 женщин с диагнозом гиперпластических процессов эндометрии.

Результаты и обсуждение. С развитием современной диагностической аппаратуры стали широкодоступными допплерографические и допплерометрические исследования. Для количественной оценки кровоснабжения целесообразно использовать ультразвуковое исследование с расчетом объема и трехмерных допплерометрических индексов. А именно индекса васкуляризации (vascularizationindex, VI – отображает насыщенность ткани сосудами, выражается в %), индекса кровотока (flowindex, FI – отображает среднюю интенсивность кровотока, выражается целым числом от 0 до 100) и отношения васкуляризации к кровотоку (vascularization-flowindex, VFI – характеризует как васкуляризацию, так и кровоток, и выражается целым числом, от 0 до 100).

Подтверждением тому стало проведенное в 2016 году исследование, в котором доказано, что при аспирационной биопсии недодиагностика рака имела место в 45 % случаев, в то время как при РДВ – в 30% случаев, то есть практически более трети случаев рака эндометрии были пропущены при проведении полного кюретажа цервикального канала и полости матки

Обобщая вышеизложенное, можно заключить, что залогом успеха лечения гиперпролиферативных процессов эндометрии является правильная интерпретация результатов гистологического исследования и понимание этиологии и патогенеза выявленных изменений.

Важными этапами диагностического процесса является ультразвуковое трансвагинальное исследование, допплерометрия, гистероскопия, а также применение унифицированных современных классификаций ГЭ. В недалеком будущем возможно и применение генетических диагностических методик, позволяющих в некоторой степени спрогнозировать течение процесса и ответ на терапию, что может быть подспорьем в выборе тактики лечения.

Выводы. Таким образом, возможности современной диагностики и лечения гиперпластических процессов эндометрии постоянно совершенствуются, открывая новые перспективы их лечения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Усмонова Г.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Течение хронического вирусного гепатита у беременных характеризуется, как правило, низкой активностью и редкостью обострений.

Исследованиями гематологов установлено, что вирусные гепатиты В и С и беременность оказывают взаимоотягощающее влияние.

Проявлениями этого влияния является высокий процент недонашивания - угроза прерывания беременности встречается в 2,5 раза чаще, чем у здоровых беременных; плацентарная недостаточность - признаки внутриутробной гипоксии плода и синдром задержки внутриутробного развития встречаются в 22-25%, создается угроза инфицирования. У большинства больных беременность не оказывает отрицательного влияния на течение заболевания и не представляет риска для матери.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, внутриутробного развития плода и новорожденных у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 75 историй родов с хроническими вирусными гепатитами В и С и 76 (одна двойня) историй новорожденных.

Результаты и их обсуждение. У пациенток исследуемой группы в большинстве случаев беременность протекала на фоне различных осложнений. Наиболее часто в ранние сроки встречались: угроза прерывания беременности - 17,2% случаев, ранний токсикоз - 21 беременная (28%), анемия беременных -6 (8%) случаев. Неосложненное течение первой половины беременности наблюдалось у 32 женщин (42,7%). Фазы обострения вирусного гепатита в первой половине беременности не наблюдалось ни у одной пациентки.

Вторая половина беременности протекала на фоне угрозы прерывания беременности у 10 (13,3%) пациенток, анемия наблюдалась в 38,7% (29 женщин) случаев, умеренная преэклампсия выявлена у 25 беременных (33,3%).

Нарушения со стороны мать-плацента-плод (гемодинамические нарушения, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП)) диагностированы у 19 беременных (25,3%), многоводие - у 6 (8%) пациенток, маловодие - у 5 (6,7%).

Диагноз «холестаз» был выставлен 2 женщинам - 2,7%, обострение ВГС с ухудшением общего состояния наблюдалось у 1 беременной - 1,3%. У 16 (21,3%) женщин течение второй половины беременности протекало без осложнений.

Выводы. Основываясь на наших данных и данных литературы, достоверно можно утверждать, что трансплацентарная передача ВГ В и антител ВГ С существует, так как, согласно полученным данным, у 6,7% новорожденных выявлен HBsAg, у 58,7% обнаружены антитела к ВГ С. В 36% случаев HBsAg и антитела к ВГС не были обнаружены.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПОНЕНТА СКРИНИНГА В МАММОЛОГИИ

Фазылов А.А., Расулова М.М.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. Планирование и проведение ультразвукового исследования молочных желез женщин при сплошных и селективных профилактических скрининговых обследованиях является одной из актуальных проблем здравоохранения. В организационном аспекте первостепенное значение имеет подготовка команды первичного звена здравоохранения для осуществления программ скрининга молочных желез.

Цель. Определить роль и место первичного звена здравоохранения и ультразвукового компонента скрининга в маммологии при и селективных обследованиях женщин.

Материал и методы. Проведено клинико-патогенетическое и эхографическое скрининговое исследование молочных желез 872 женщинам в возрасте 15-73 лет в рамках Акции «Высокие технологии улучшают доступ к здоровью женщин» в Самаркандской и Андижанской областях совместно с представительством Германского общества по сотрудничеству (GIZ) в Узбекистане. Пилотный проект осуществлен на выкотехнологичных ультразвуковых аппаратах с использованием линейных датчиками частотой 7,5-13 МГц. При активном участии профессорско-преподавательского состава кафедр Андижанского медицинского института и областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии для врачей семейных поликлиник были проведены семинары по онкологической настороженности и формирования группы повышенного риска в маммологии.

Сотрудниками кафедры ультразвуковой диагностики Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан для специалистов ультразвуковой диагностики пилотных областей проведены семинары по 18 часовой программе и мастер-классы, посвященные ультразвуковому компоненту скрининга в маммологии, технологии проведения ультразвукового исследования молочных желез и вопросам клинического применения международной классификации US BI-RADS.

Результаты. Возрастные и функциональные особенности молочных желез оценены у 357(40,9%) женщин, подозрение на рак молочной железы выявлен у 15 (1,7%) пациенток, фиброзно-кистозные изменения выявлены у 102 (11,6%) женщин, фиброзные изменения у 164 (18,8%), диффузный аденоз у 23 (2,6%), кисты у 129 (14,8%), фиброаденомы у 39 (4,5%), лимфаденопатии внутриорганных лимфатических узлов у 13 (1,5%), липомы у 11 (1,3%), патологическое расширение протоков у 15 (1,7%), внутрипротококковые папилломы у 3 (0,34%), атеромы кожи молочных желез у 2 (0,23%) женщин. В рамках данного мероприятия проведена наставническая работа в процессе проведения скринингового ультразвукового исследования молочных желез женщин и разбор сложных клинических случаев. Это позволило совершенствовать процесс закрепления навыков специалистами ультразвуковой диагностики Самаркандской и Андижанской областей по стандартному ультразвуковому исследованию молочных желез, протоколирования и интерпретации эхографического заключения по US BI-RADS категории.

Выводы. Исследования подтвердили важную роль взаимосвязи врачей первичного звена здравоохранения, специалистов ультразвуковой диагностики, рентгенологов, маммологов и морфологов в первичной диагностике заболеваний молочных желез. Это определило показание и применение современных технологий медицинской визуализации для уточнения характера заболевания по категории BI-RADS, своевременного выявления рака молочной железы в ранней стадии и формирования групп риска для периодического клинико-эхографического наблюдения

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Фармонкулова Ё.Р.
Кафедра факультативной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронические колиты у детей гетерогенная группа хронических воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗК), для которых, в отличие от функциональных нарушений, характерны изменения слизистой воспалительного, дистрофического или деструктивного характера. ВЗК встречаются в практике педиатра не столь редко, как может показаться на первый взгляд.

Возникновению хронических колитов в детском возрасте предрасполагают неправильное вскармливание, наличие хронических очагов инфекции, длительная антибактериальная терапия, врожденные аномалии развития кишечника и др.

У ряда больных заболевание возникает под влиянием сосудистых нарушений, эндокринных расстройств, белковой и витаминной недостаточности, аллергических факторов. Возможно развитие ВЗК смешанной этиологии, например, при сочетании инфекционного и алиментарного факторов. Нередки случаи, когда хронический колит возникает на фоне других заболеваний ЖКТ (хронический панкреатит, холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки).

Цель исследования. Изучить особенности течения ВЗК у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни детей с НЯК и БК, находившихся на лечении в стационаре АОДБ за период с 2014 года по 2021 год. Из них у 22 детей - НЯК, у 6 - БК. Средний возраст детей - 8 лет. Всем детям проводили комплексное обследование.

Результаты исследования. Частые клинические симптомы в дебюте ВЗК: абдоминальные боли и гемоколит - 23%, повышение температуры до субфебрильных цифр в 18% случаев. Оценка активности ВЗК соответствовала 2 степени. Внекишечные проявления ВЗК наблюдались у 1 ребенка - интерстициальный нефрит.

Для верификации диагноза всем детям исследуемой группы выполнена фиброколоноскопия с биопсией слизистой оболочки кишечника. Все дети получали противовоспалительную терапию: монотерапия - производные 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) - салофальк, комбинированная терапия - системные глюкокортикостероиды (ГКС) - преднизолон и производные 5-АСК, при отсутствии эффекта и развития ГКС - резистентности к схемам лечения добавлялась иммуносупресивная терапия - азатиоприн.

За период наблюдения обострения заболевания характеризовались учащением стула до 5 раз в сутки с примесью крови, в группе детей, получающих только терапию производными 5-АСК, отмечались у 5 детей, комбинированную терапию - у 2. У 3-х (БК) детей проводилась терапия инфликсимабом.

Выводы. Клинические признаки дебюта ВЗК у детей была диарея до 4–5 раз в сутки, лихорадка, боли в животе, гемоколит отмечались у всех детей спустя 2 месяца от начала заболевания, что указывает на отсутствие специфичности клиники данного заболевания и трудности в ранней диагностике ВЗК.

У большинства больных имеет прогрессирующее течение, в связи с чем имеется необходимость проведение ранней активной противовоспалительной терапии, а при развитии гормонрезистентного течения ВЗК назначение биологической терапии.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Фармонкулова Ё.Р.
Кафедра факультативной педиатрии и неонаталогии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Витамин Д - важный прегормон, участвующий во многих метаболических процессах. Активный компонент, который образуется из эпидермального 7-дегидрохолестерола под действием ультрафиолетовых волн длиной 290-310 нм, попадающих на кожные покровы.

Впоследствии витамин Д передается через кровь в печень, трансформируясь в 25-гидрокси-витамин Д (25 (OH) D). Основным источником витамина Д для детей и взрослых является воздействие естественного солнечного света. Основная причина дефицита витамина Д - недостаточное воздействие солнечного света. Очень немногие продукты содержат или обогащены витамином Д. Дефицит витамина Д может привести к неправильному метаболизму кальция, фосфора в костной ткани.

Помимо этого, в последнее время повысился интерес к роли витамина Д в патогенезе других заболеваний. Выявлена связь дефицита витамина Д с длительным течением многих заболеваний. Витамин Д принимает участие в поддержании адекватного уровня врожденного иммунитета, что способствует профилактике хронических аутоиммунных заболеваний, а также в поддержании адекватного иммунного ответа на чужеродные агенты, что играет весомую роль в профилактике онкологических заболеваний.

Существует большое число докладов о высокой распространенности дефицита сывороточного 25 (OH) Д, связанного с ограниченной инсоляцией женщин детородного возраста и детей во многих странах. У взрослых уровень 25 (OH) D в концентрации < 50-80 нмоль/л считается недостаточным для оптимальной жизнедеятельности костной ткани.

Цель исследования. Выяснить недостаток витамина Д у детей до 3-х лет и у матерей в период лактации.

Материалы и методы исследования. Был разработан фокусный checkup, полностью включающий в себя комплексное клинико-лабораторное обследование детей до 3-х лет и их матерей в период лактации.

Результаты исследования. Было проанализировано 182 результата checkup диагностики. Дефицит витамина Д выявился в 1,4 раза больше у мальчиков 59,9% (109 человек), чем у девочек 40,1% (73).

Так, обращало на себя внимание, что у повторно рожавших матерей уровень витамина Д был в 2,2 ниже 45% (82), чем у первично рожавших 54% (100). У детей до двух лет наглядными признаками нарушения метаболического обмена витамина Д было: признаки рахита у 65,9% (120), позднее прорезывание зубов 64,8% (118), позднее закрытие большого родничка 56% (102), залысины на голове 53,9% (98).

Всем детям и женщинам в период лактации был выписан препарат, содержащий в своей молекуле витамин Д3. После курса лечения, было проведено повторное комплексное обследование пациентов, которое выявило значительный положительный результат лечения дефицита витамина Д.

Вывод. Таким образом, на примере такого мегаполиса как г. Алматы, можно смело судить о повсеместно дефиците витамина Д, как у детей до трех лет, так и у матерей в период лактации. Такой результат требует дальнейшей разработке тактики ведения групп населения, входящих в группу риска по дефициту витамина Д.

ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ И ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Хайдарова Г., Мамажанова С.О.
Андижанский государственный медицинский институт.
Кафедра акушерства и гинекологии

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 инфекциями 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 1 группы Канефрон назначали по 2таблетки 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 мочевыдилительной 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 мочевыводяших путей у беременных мы считаем снижение числа рецидивов. Анализ полученных данных показал что у пациенток препарат оказался эффективным уроантисептиком и способствовал ликвидации бактериурии.

Выводы. Наши исследования показали, что применения препарата Канефрон является эффективным и безопасным методом профилактики и лечения бессимптомной бактериурии и гестационного пиелонефрита.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ

Хафизова З.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт

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, хламидиаз, микоплазмоз, герпес I – II, цитомегаловирусная инфекция) проводилось с помощью тест-системы «Вектор-Бест»: определение антител G, M, A мембранного (МОМР) 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 сероотрицательными 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 Нв ≤ 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±659,2 против 6397,9±305,9, P<0,05), уменьшение относительного содержания лимфоцитов (65,7±3,1% против 75,5±1,54%, P<0,01), уменьшение палочкоядерных нейтрофилов (4,27±0,18 против 3,29±0,26%, P<0,05), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – ЛИИ (0,41±0,08 против 0,19±0,01, P<0,01), гранулоцитарно-агранулоцитарного индекса – ГАИ (0,49±0,06 против 0,28±0,05, P<0,05), общего индекса интоксикации –

ОИИ (0,89±0,04 против 0,37±0,05, P<0,001), увеличение соотношения нейтрофилов и лимфоцитов – ИСНЛ (0,54±0,04 против 0,19±0,09, P<0,05) и соотношения нейтрофилов к моноцитам – ИСНМ (7,49±0,18 против 0,29±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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Хафизова З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. 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%).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСКАРИДОЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Хафизова З.Б..
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. 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.

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.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Хафизова З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

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 15,43·109/л ±6,82·109/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 мм/ч ± 17,88 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.

HANGES IN PERIPHERAL BLOOD IN EARLY CHILDREN WITH TORCH INFECTION

Khafizova Z.B.
Department of Pediatrics
Andijan State Medical Institute

Relevance. Viral infections in perinatology pose a serious danger to the fetus and are often the cause of the entire spectrum of antenatal pathology (stillbirth, organ malformations, intrauterine growth retardation), and can also cause various hematological changes

Purpose of the study. To identify possible features of changes in the hemogram of newborns and young children with seropositive markers of TORCH infection.

Material and research methods. Thirty-five newborns and children of the first months of life were examined for examination of TORCH infection. ELISA markers of the latter (toxoplasmosis, chlamydiasis, mycoplasmosis, herpes I - II, cytomegalovirus infection) were carried out using the Vector-Best test system: determination of membrane antibodies G, M, A (MOMP) and early early protein of these viruses. After the diagnosis was clarified, the children were divided into two groups, seropositive (n = 15) and seronegative (n - 20). The material was processed by the method of variation statistics.

Research results. When analyzing the data obtained, it was revealed that mothers of seropositive children for TORCH infection during pregnancy suffered from the threat of termination of pregnancy (60.0% against the control, i.e. children with sero-negative markers of TORCH infection - 25%, P <0.01) , preeclampsia (77.8% versus 40.0%, P <0.01), anemia (93.3% versus 75.0%, P <0.05). In 80% of mothers (versus 45%, P <0.01), children with seropositive markers of TORCH infection, a complicated course of labor was observed: premature rupture of amniotic fluid (46.6%), prolonged anhydrous period (20.0%), cesarean section (13.5%). Consequently,

many mothers with the immunological marker of TORCH infection have a complicated course of pregnancy and childbirth.

In the analysis of blood in children with ELISA markers of TORCH infection, anemia with HB ≤ 120 g / L (73.3% versus 60.0%, P <0.05), thrombocytopenia ≤50,000 / μL (26.7% versus 15.0%, P <0.05), neutropenia (40.0% versus 20.0%, P <0.05) and lymphopenia (20.0% versus 10.0%, P <0.05) ... Distinctive features of the peripheral blood of newborns and children in the first months of life with seropositive markers of TORCH infection were a decrease in the total number of leukocytes (5636.8 ± 659.2 versus 6397.9 ± 305.9, P <0.05), a decrease in the relative content of lymphocytes (65.7 ± 3.1% versus 75.5 ± 1.54%, P <0.01), decrease in stab neutrophils (4.27 ± 0.18 versus3.29 ± 0.26%, P <0.05), an increase in the leukocyte index of intoxication - LII (0.41 ± 0.08 versus 0.19 ± 0.01, P <0.01), granulocyte-agranulocyte index - GAI (0.49 ± 0.06 versus 0.28 ± 0.05, P <0.05), general intoxication index - OII (0.89 ± 0.04 versus 0.37 ± 0.05, P < 0.001), an increase in the ratio of neutrophils and lymphocytes - ISNL (0.54 ± 0.04 versus 0.19 ± 0.09, P <0.05) and the ratio of neutrophils to monocytes - ISNM (7.49 ± 0.18 versus 0 , 29 ± 0.09, P <0.05).

Consequently, in newborns and children in the first months of life, in the presence of seropositive markers of TORCH infection, certain hematological changes in peripheral blood are detected. This, apparently, is associated with the direct effect of intrauterine infection viruses on hematopoietic cells. Further scientific research is required to determine the specificity of hematological changes depending on the etiological structure of TORCH infections.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ КАРДИТЕ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Хафизова З.Б
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Определить особенный клинический проявлений поражения сердца при ревматической лихорадке у детей.

Материаль и методы. Под наблюдением было 50 детей в возросте 5-17 лет,из них 30%детей (60%) отличались сердечный деятельность.

Результать: В динамике обслуживания и наблюдения детей с признаками кардита был поставлен диагноз острой первичной ревматической лихорадки в 20 (40%) случаях повторная ревматическая лихорадка 10 (20%)признаками нарушения кровообращения,хронический тонзиллита с признаками астено-вегетативного синдрома 20 (40%).

Острая ревматическая лихорадка. - Системные заболевание соединителный ткани,при которим ведущими диагностическими критериями являются кардит,полиартрит,малая хорея кальцевидная эритема и ревматические узелки.

В последнее десятилетне проведен ряд исследований в области возможно более раннего распознавание и уточнение характера поражения сердца.В основе их положения о ведущей в развитии ревматической лихорадки стрептококки группы А и измененной реактивность организма .Однако измененние клинической картины ревматический лихорадки,преобладание подострого и затяженовялого течения все чаще выявляемые кардит друго этиологии создают немалые трудности в своевременный и правильный диагностике болезни.

Цел работы: Выевить особенные клинических проявлений поражения сердца при ревматической лихорадке на современном этапе.

Материаль и методы. Под наблюдением были 50 детей в возрасте 5-17 лет поступившие в областную детскую клиническую больницу .Андижана из ниху 30 (60%)детей отличались нарушение сердечной деятельность. Диагноз ревматической лихорадки установливаться в соответстви с критериями Киселя Джонсона в модификации,Ассоциации ревматологов 2003 года Для подтверждения диагноза проводитель комплексные обследование больного :наличие в крови антистрептококковых антител , инструментальные исследования (ЭКГ,ЭхоКТ По показанием проводиль консультатция специалистов: лор врача ,стомотолога,невропатолога).

Результат и обсуждение. Динамике и обследование наблюдение детей кордит и был поставлен диагноз острой ревматической лихорадки (ОРЛ) В 20 (40%) Случаех повторная ревматическая лихорадка (ПРЛ) 10 (20%) Имеется отделенная корреляция между стпенью активным и вориантом бегония болезни установление которого приводит к более современному пониманию закномерност ее развытия , вориант течения позволют определить клинический общих болезн выляеть ряд характерних ее особенностий , применить адекватную третею и наметить предполагаемый исход

Развертивание симптомов кардита с полиартритом или без него позволяет устанавит диагноз ОРЛ Следовательно ведущим в диагностике являетсия все же являеетсия кордивоскулярный синдром – симптом комплекс митрального плеврите. При остром течении болезни у большенства детей 4 (8%) отмечается и острое ее начало с минемальный активносто процесс яркый клинической

симптоматикой , отражающе одновременных порожение одного, или нескольких оболочек середия. При обследовании у них детей -2 (4%) выявлялись симптомы полиартрита и отитливая картина кардита. Выраженой недастоточности кровообращения у этих больних не ноблюдильсия. Комплекностные, горманально медикаментозные лечение проводит у этих больных к наиболее благополучным результати.

Подострые течение ревматизма необходимо повторная атаках (ПРЛ)-6(60%). Болезн начиналис более постепенно активитност ее не превышает 2 степень клинические симптоми кардите выраженый менее ярко, парок сердца формировался почти у всех детей, нежели при остром течение пороков не было выявлена. Данные вариант течение болени превышает острый.

Затяженое и непрерывно рецидивирующи вариант ОРЛ –по крому считаются самым тяжелым у детей 4 (40%)- отличалысь спонтонный или комбинированный порок сердца выраженной не достаточностю кровообращения назиогенная комплексная терапия, вклучающая сердечные гликозиди, диуретики, приемный лишь временный эффект.

Латентний вариант течения болезн составе 14 (61%) детей школьного возраста. Течение заболевания характеризовались скрытьство симптомов, малодоступные для выявления даже при комплексном применении различных временных методов обсулодования. Достоверный диагнрз может быть поставлен только после того, как сформировался клапанный порок сердца и налицо вса его неособенный признаки

Вывод: Нарастаюшая трудность диагности при отсусти ранних специфических проявлений болезне застовляет считать проблему ревматически лихорадки в детском возрасте не мени сложный и актуальной , в связи с необходимостю раннего начала лечения, ускоренного выздоровления, на против латентные течение заболевания в практика приводит к пороком сердца нежеле острые течение.

PREGNANCY AND EPILEPSY: MODERN DIAGNOSTIC METHODS AND MEDICAL THERAPY

Khodzhaeva F.T.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

Relevance. The problems of pregnancy management in women with epilepsy are obvious. Thanks to the democratization of society, the availability of information, including computer search systems, the introduction of new antiepileptic drugs (AEDs) obtained by targeted synthesis and significantly improving the quality of life of patients, the provision of modern medical equipment that allows tracking objective indicators of pregnancy development, more and more women with epilepsy are integrated into active community life, have a family and strive to have children.

Relevant is that the range of issues that have to be addressed by a doctor observing a pregnant woman with epilepsy is extremely wide: the interaction of epilepsy and pregnancy, the peculiarities of childbirth, the prognosis of the birth of a somatically healthy child, the likelihood of developing epilepsy in him, tactics of pregnancy management, taking into account the multifactorial influences.

Purpose of the study. Conduct an analysis according to literature data, according to modern diagnostic methods and drug therapy in pregnant women with epilepsy.

Materials and methods. The analysis of the course of pregnancy and childbirth in 129 women with cryptogenic epilepsy for the period from 2019 to 2021 was carried out.

Research results. The incidence of epilepsy in the population reaches 1%, from 25 to 40% of patients - women of childbearing age. According to other data, about 1% of pregnant women suffer from epilepsy, and in 13% of women the manifestation of the disease occurs during pregnancy and in 14% of seizures are observed exclusively during pregnancy (the so-called gestational epilepsy).

Every year, about 0.3-0.4% of newborns are born to mothers with epilepsy. Currently, with the introduction of new neuroimaging diagnostic methods (CG, MRI, SPET. PET), EEG-imaging, the diagnosis of epilepsy has changed. The introduction of new antiepileptic drugs has made a breakthrough in the treatment of epilepsy. Epilepsy is currently a potentially curable disease.

The modern strategy of epilepsy therapy allows achieving complete remission of epileptic seizures in 70-80% of patients with good social adaptation and high living standards

Traditional anticonvulsants were most often used in monotherapy: valproic acid in 21 of 74 women (28.4%) and carbamazepine in 15 (20.3%) patients. Levetiracetam was used in 36 (48.6%) of modern anticonvulsants.

In the study group (n = 129), 14 (10.8%) pregnant women received valproate at a daily dosage of 1000 mg or more as monotherapy or in combination with other anticonvulsants at the stage of conception. Analysis of our own data shows that an increase in seizure frequency occurred in every fourth pregnant woman, more often in the II and III trimesters (26.3% and 22.5%, respectively), which required the introduction of additional AED in 9 pregnant women (7.0%).

58 (45.0%) patients examined by us had the first birth, 12 (9.3%) had primiparas older than 30 years. The most frequent reasons for hospitalization were placental insufficiency (n = 17; 13.2%) and the threat of termination

of pregnancy at various stages of gestation (n = 36; 27.9%), however, in 11 out of 36 cases (30.6%), pregnant women were hospitalized in a hospital with the wording "threat of termination of pregnancy" after the development of a convulsive attack. Pregnancy-related edema developed in 38 (29.5%) women. In 2 patients (1.6%), pregnancy was complicated by moderate preeclampsia.

The most common reasons for hospitalization were placental insufficiency (13.2%) and the threat of termination of pregnancy (27.9). Edema developed in 38 (29.5%) women, moderate preeclampsia - in 2 (1.6%) patients.

Urgent spontaneous childbirth occurred in 83.7% of pregnant women, including one patient with twins and one patient with a uterine scar after cesarean section for epilepsy.

Vacuum extraction of the fetus was performed in 3 (2.3%) pregnant women, caesarean section - in 18 (14%) patients, and only in 3 of them epilepsy was the main indication for operative delivery.

97.69% of newborns were born in a satisfactory condition, three (2.31%) children were born in a state of moderate asphyxia. At the fifth minute, the Apgar score for all children was 8 and 9 points.

Conclusions. Correct management and preparation for pregnancy of women suffering from epilepsy, in the conditions of modern possibilities, leads to the birth of viable children.

To select the correct drug treatment, it is necessary to clarify the frequency of seizures during pregnancy. So, if attacks become more frequent in the first half of pregnancy, then a medical abortion is indicated for health reasons.

If the seizures become more frequent in the second half - against the background of anticonvulsant therapy, the pregnancy will persist and it must be brought to 37 weeks, then cause a premature birth by cesarean section. During pregnancy, the patient is constantly taking anticonvulsants, but with a 2-fold dose reduction.

In case of development of an epistatus during delivery, the pregnant woman is injected with relanium (sibazon) in the amount of 10 cubes within an hour (every 20 minutes).

PREGNANCY AND EPILEPSY: OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES

Khodzhaeva F.T.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Andijan State Medical Institute

Relevance. Among patients with epilepsy, from 25% to 40% are women of childbearing age. According to the literature, over the past decade, there has been a fourfold increase in the number of pregnancies and childbirth in women with epilepsy, while 13% of women manifest the disease during pregnancy, and 14% have so-called gestational epilepsy.

Purpose of the study. Improving maternal and perinatal outcomes in pregnant women with epilepsy by expanding diagnostic approaches and optimization.

Materials and research methods. For the period from 2019 to 2021 in the conditions of AOOC, 159 pregnant women with epilepsy were observed and delivered. During the study, general clinical, ultrasound and laboratory diagnostic methods were used.

Research results. The results of our own research indicate that urgent spontaneous childbirth occurred in 128 pregnant women (80.5%), of which, in one case, in a pregnant woman with twins, in the other, in a pregnant woman with a uterine scar after a cesarean section in history of epilepsy. Vacuum extraction of the fetus was performed in 3 pregnant women.

Cesarean section was performed in 27 (17%) patients, of whom only 3 had epilepsy as the main indication for operative delivery. Convulsive seizures during childbirth among those delivered in 2017–2020. in the conditions of the AOOC was not registered.

The analysis of the clinical condition of newborns showed that children were born with a weight of 2100 to 4250 grams. The birth rate of newborns with grade I – II IUGR was 20%. In a satisfactory condition with an Apgar score of 8, 85% of newborns were born in the first minute, three children were born in a state of moderate asphyxia (an Apgar score at the first minute of 5–6 points). At the 5th minute, the assessment of the state on the Apgar scale in all children was 8 and 9 points.

The postpartum period for women with epilepsy is vulnerable due to changes in the pharmacokinetics of AED, impaired quality and duration of nighttime sleep, problems with breastfeeding and postpartum depression, which leads to an increase in epileptic seizures.

Women with epilepsy who take AED can breastfeed, but some women refuse to breastfeed for fear of the negative effect of AED on their baby. To date, it has been convincingly shown that a child receives a smaller amount of PEP through breast milk than through the placenta during his intrauterine development.

Managing sleep and wakefulness and avoiding shortening the length of night sleep are important steps to prevent epileptic seizures. The patient's relatives can take care of the baby at night, including feeding it.

To prevent injuries to the baby in the event of epileptic seizures in the postpartum period, feeding the baby for the first two weeks after delivery is recommended to be carried out with the mother lying or sitting. All

puerperas had an uncomplicated postpartum period, were discharged home in satisfactory condition, breastfeeding was carried out in 98.5% of cases (in 157 women), 2 puerperas with persistent convulsive seizures on polytherapy suppressed lactation of their own free will.

Conclusions. Optimized management tactics for pregnant women with epilepsy, developed indications for immunocorrective therapy in pregnant women with epilepsy, and proposed an algorithm for diagnostic and therapeutic measures.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭРИТРОЦИТЛАР МЕМБРАНАСИДА ПРО- ВА АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМИ ФАОЛЛИГИ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Нафас қисиши қайта хуружлари, сурункали гипоксия марказий ва вегетатив нерв тизимлари ҳолатига сезиларли салбий таъсир кўрсатади. Мазкур муаммода ҳал қилинмаган саволларга, адаптация шаклланишида гормонал силжишлар, ВНС назорат таъсири ва гормонал жавобни ҳисобга олган ҳолда ёндашиш аҳамиятга эга.

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эритроцитлар мембранасида про- ва антиоксидант тизими фаоллигини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Олиб борилган изланишларда, БА бемор болалар лимфоцитида антиаксидант тизим етишмовчилигининг ўсиб боришида эркин радикал жараёнлар интенсивлигининг ўсиши, Т-лимфоцитли иммун танқислиги ҳолати чуқурлашиши аниқланди. Касалликлар ўткир даврида МДА даражаси аҳамиятли кўтарилиши 1- гуруҳ беморларида 2,79±0,11 нмоль гача, 2- гуруҳда 8,23±1,11 кузатилади, бу назорат гуруҳига нисбатан 2,33 ва 2,9 ортиқ, ДК даражаси эса 1 –гуруҳда 3,27±0,09 Е/мл гача, 2 -гуруҳда – 5,61±0,69. Олинган натижалар ПОЛ жараёнларининг аҳамиятли кўтарилиши ҳақида маълумот беради. СОД кўрсаткичи 1- гуруҳда 99,5%, 2 –гуруҳда 99,6% га пасайган, бу лимфоцитлар мембранасида тузилишли-функционал ўзгаришлар ҳақида маълумот беради.

ПОЛ ва АОС фаоллашуви, бунинг натижаси сифатида, липид тузилишида ўзгаришлар мавжудлиги даволаш ва юқоридаги ўзгаришларни коррекция қилишга қаратилган профилактик тадбирлар ўтказилишига асос бўлади.

Хулоса. Шундай қилиб, ўтказилган изланишлар болалардаги БА да организм антиоксидант функцияси бузилишлари аҳамиятли патогенетик ролини аниқлади. ПОЛ-АОЗ тизимидаги ўзгаришлар лимфоцитлар фаолияти бузилишининг асосий механизми саналади. БА да иммунокомпетент ҳужайралар функционал фаоллиги йўқолишини оқсидант ва антиоксидант тизимлар дисбаланси билан боғлаш мумкин. БА патогенези ҳақида янги маълумотлар таҳлилига кўра, ПОЛ интенсивлиги узоқ ва аҳамиятли ортиши бронхиал астма шаклланишида муҳим механизми ҳисобланади, лимфоцитлар функционал фаоллигини камайтиради, иммун танқислиги шаклланади, натижада касаллик оғир кечади.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДАГИ БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, Ер аҳолисининг 3% дан ортиғи астмадан азият чекади (235 млн киши). Бошқа баҳолашларга биноан, бу кўрсаткич юқори ва 340 млн кишига етади. Астма болалар орасида энг кўп тарқалган сурункали касалликдир.

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари бўлган болалардаги бронхиал астманинг клиник-анамнестик хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Текшириш материаллари ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Бронхиал астма билан оғриган болаларда вегетатив ва тиреоид статус бузилишларининг юзага чиқиш ҳавф омилларини ўрганиш мақсадида биз клиник-анамнестик маълумотлар таҳлилини ўтказдик. Анамнез изланишлари 9 (18,8%)нафар 1- гуруҳ ва 13 (24,1%)нафар 2- гуруҳ болалар оналари ҳомиладорлиги асоратланган ҳолда кечганилиги кузатилган.

Ҳомиладорлик вақтида юқумли касалликлар, жумладан ОРВИ билан 21 (43,8%)нафар ва 36 (66,7%) нафар гуруҳларга биноан болалар оналарида кузатилган (P<0,001). Преэклампсия сони 1- гуруҳ болалар оналарида назорат кўрсаткичларидан 4 баробар, 2- гуруҳ оналарида эса 6 баробар ортиқ бўлган.

Бола организмининг аллергик мойиллиги хавф омилларидан бири ва қалқонсимон без ва ВНС функциялари бузилишлари бошланғич механизми саналади.

Аллергологик анамнез таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳидаги болаларнинг 32 (80,0%)нафарида, 1- гуруҳдагиларнинг 10 (20,8%)нафарида ва 2 -гуруҳдагиларнинг 8 (14,8%)нафарида аллергологик ирсият оғирлашмаган. 1 -гуруҳ болаларида аллергик ирсият 12 (25,0%)та ҳолатда иккала тарафдан (ота ва она) оғирлашганганлиги аниқланган, шундан она тарафдан 15 (31,3%)та, ота тарафдан 11 (22,9%)та. 2 -гуруҳ болаларида аллергик ирсият 15 (27,8%)та ҳолатда иккала тарафдан (ота ва она) оғирлашганганлиги кузатилган, шундан она тарафдан 17 (31,5%)та, ота тарафдан 14 (25,9%)та.

2- гуруҳ болаларининг аксариятида - 26 (48,1%) БА билан биргаликда аллергик ринит (P<0,01) аниқланган, бу 1- гуруҳ болаларига нисбатан 2,4 марта кўп, аллергик риносинусит 2- гуруҳ болаларида 1 -гуруҳдаги болаларга нисбатан 2,5 марта кўп учраган. Ларинготрахеит 1- гуруҳда 2 (4,2%)та ва 2- гуруҳда 4 (7,4%)та кузатилган. Бу ўз-ўзидан оғир касаллик бўлиб, бу бола ҳолатини жудаям оғирлаштиради, 1та ҳолатда ўлимга олиб келган. Ушбу ҳамроҳ касалликлар, аллергик фон яратиб, бемор бола ҳолатини чуқурлаштиради.

БА билан оғриган ва қалқонсимон без функцияси пасайган болалар шикоятидан бири тез чарчаш, ҳолсизлик ва уйқучанлик кўринишидаги субъектив белгилар 1 (2,1%)та 1 -гуруҳда ва 35 (64,8%)та 2-гуруҳда (P<0,001) (жадв.3.5). МНС функциялари бузилиши қалқонсимон без функцияси сустлашган беморларда, яъни 2- гуруҳ болаларида, биринчи навбатда, қўзғалувчанлик, безовталилик (50,0%), уйқу ва хотира бузилишларида (46,3%) намоён бўлган.

Хулоса. Кузатувимиздаги болаларда бронхиал астма хуружлари кўпроқ сабабчи-аҳамиятли аллергенлар ёки респиратор вирусли инфекциялар таъсири билан боғлиқ ривожланган. Шу билан бирга, 2-гуруҳдаги болаларнинг 70,4% да (асосан касаллик давомийлиги 5 йилдан 10 йилгача ва ундан ортиқ бўлган беморларда) бронхиал астма хуружлари совуқ ҳаво билан нафас олиши, ўткир ҳидлар, об-ҳаво ва гелеомагнит ҳолатнинг ўзгариши, жисмоний ва психо-эмоцианал зўриқишлар билан чақирилган бўлиши мумкин

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМА КЕЧИШИ ОҒИРЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ВЕГЕТАТИВ РЕГУЛЯЦИЯ ВА ВЕГЕТАТИВ СТАТУСНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШ ХУСУСИЯТИ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Бронхиал астмада вегетатив регуляциянинг бузилиши адренергик ва холинергик звеноларга боғлиқ ҳолда амалга ошади. Патологик жараён ривожланишида вегетатив баланснинг ушланиб туришида компенсация ҳолатига етиб олишни адекват периферик қон оқими ва нормал бронхиал тонус таъминлайди.

Изланиш мақсади. Болаларда бронхиал астма кечиши оғирлигининг турли босқичларида вегетатив регуляция ва вегетатив статуснинг юзага келиш хусусиятларини ўрганиш.

Текшириш материали ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астма билан касалланган болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. КИГ нинг параметрлари таҳлили кўрсатишича, 1 – гуруҳ беморларда симпатовагус мувозанат ВНТнинг симпатик қисми тинч пайтида симпатикотония кўринишида (45,8%) ёки гиперсимпатикотония(20,8%) назорат гуруҳи билан солиштирганимизда (22,5% ва 2,5%) устун келар экан.

БА билан хасталанган беморлар сони ВНТнинг эйтоник мувозанати 1 – ва 2 – гуруҳларда деярли бир хил бўлади (18,0% и 22,2%).

Бироқ беморларда жараён оғир кечганида симпатикотония фони сезиларли даражада кучли ифодаланади ва 27,8% ҳолатларда кузатилса, ЧВТнинг гиперсимпатикотония варианти 18,5% ҳолатларда кузатилиши маълум бўлди.

Бу гурухда 35,2% ҳолатларда БВТ нинг ваготоник йўналиши кузатилиши аниқланди. ВР ни ўрганишда аниқландики, нормал реактивли беморлар миқдори 1 – ва 2 – гурухларда деярли бир хил бўлар экан(23 (47,9%) и 20 (37,0%).

Бироқ ВНТнинг симпатик ва парасимпатик бўлимларининг бундай мувозанат ҳолати ортостазда солиштирилиши бўйича 2 марта камайиши мумкин.

1 – гурухдаги болаларда ортиқча симпатик активлик парасимпатик бўлимнинг нормал тонуси вақтида дезадаптив реакция билан характерланди ва керакли даражага (52,1%) ёки ошиқча (37,5%) вегетатив таъминотга етди.

Бундай вариант, вегетатив нерв тизими функциясининг касаллик қўзғалган шароитда, нейрогуморал активлик ортиши ва гипоксияга қулай мослашган жавоб реакция сифатида юқори даражаси билан характерланади.

БА билан хасталанган беморларнинг 2 – гуруҳида вегетатив реактивлик ортостатик номутаносиблик билан, артериал гипотензия ва асимпатикотонияни кўп бўлиши (40,7%) билан характерланади, бу 1 – гуруҳда аналогик реакция частотаси ортиши ва назорат гуруҳидаги кўрсаткич билан солиштирганда (16,7% ва 5,0% мувофиқ) келиши кузатилди.

Индивидуал ритм вариабел параметрлари таҳлили кўсаткичларига кўра, ВР нинг норма ва гиперсимпатикотоник вариантлари оғир кечган БА да симпатик тонуснинг активлиги қанча бўлса, парасимпатик тонус шунча пасайиши кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, БА га чалинган беморларда вегетатив гомеостаз хусусиятларини юқори бошланғич симпатикотонус, гиперсимпатикотоник вегетатив реактивлик, етишмовчилик билан борадиган ва аралаш вегетатив таъминот шакллари натижалари билан баҳоланди.

БА да КОС натижалари ва юрак ритми ички тузилишини ўрганиш шундан далолат берадики, бунда симпато-адренал ва гипоталамо-гипофизар-буйрак усти бези тизими унинг заҳира имкониятлари “сусайиши” рўй берди.

БАни даволашнинг ишлаб чиқилган давомли усули вегетатив гомеостазни коррекция қилиш режаси ва вегетотроп препаратлар қўллаш усулларида олиб борилади.

БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАЛАРИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Бронхиал астма устида олиб борилган илмий изланишлардан маълум бўлишича, ушбу касалликнинг турлича оғирлик даражада кечишида тиреоид функция кўрсаткичларининг ўзгаришларини солиштирма тадқиқотлари олиб борилмаган. Биз ўз ишимизда эндемик бўқоқ ҳудуди саналган Ўзбекистоннинг Фарғона водийсида яшовчи инсонларда текширув олиб бориб ўргандик.

Изланиш мақсади. Болаларда бронхиал астманинг турли даражаларида қалқонсимон безнинг функционал ҳолатини аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Қалқонсимон без дисфункцияси 2 – гуруҳдаги бемор болаларда, шу муаммони ҳал этиш учун ҚБ функцияси сақланган бошқа гуруҳдаги болалар билан солиштирма таҳлил ўтказилди ва бунда у болаларда вегетатив бузилишлар кузатилмади.

Бронхиал астмага чалинган болаларда ҚБнинг функционал ҳолатини ўрганиш натижалари кўрсатишича (4.4- жадвал.), БА нинг кечиши оғирлик даражалари тиреоид гормонлар функциясининг пасайишидан келиб чиқиши маълум бўлди.

Енгил ва ўрта оғир даражада кечган БА билан хасталанган беморларда тирейодтиронин ва тироксин гормонлари концентрациясининг пасайиши туфайли келиб чиқиши аниқланди.

Бироқ шунга қарамасдан ТТТ томонидан жавоб реакциясининг ижобий бўлиши кузатилди ($P<0,01$). БА нинг оғирлик даражаси билан ТТГ секрециясининг сезиларли ўсиши кузатилди ($P<0,001$).

БА да T_4 даражаси пасайиши адаптациясининг эндокрин механизмлари мавжудлиги аҳамиятлидир. T_3 нинг жадал ўзгариш натижалари таҳлили шуни кўрсатдики, унинг симпатоадренал тизимини юқори активлиги шароитида ва доимий такрорланувчи зиддиятли ситуацияларда фаолияти ортар экан.

ТТГ нинг юқори даражада ортиши оғир астма хуружи даврида ТТГ/T_3 коэффициенти ошиши ва ТИ ($P<0,001$) нинг пасайиши оғир БА хуружи даврида ҚБ гормонининг кучли танқислиги фонида кечишидан гувоҳ беради.

Нафас йўллари обструкцияси функцияси “лабаратор гипотиреоз” фонида ТГ нинг ноадекват кўтарилишидан гувоҳ беради, керакли даражада кислотали тикланувчи жараёнларни ушлаб туриш учун етарли бўлмайди. Бу эса ўз навбатида бронх обструкцияни шиш механизмида муҳим аҳамият касб этиши билан характерланади.

Хулоса. Шубҳасизки, ушбу гормоннинг тегишли касалликка таъсир моҳиятини аниқлаш бугунги кунда ҚБ нинг субклиник кечиши, умумий T_3 ва T_4 даражаси роли норма доирасида қолишига боғлиқ бўлмоқда.

Қалқонсимон безнинг бирмунча иммунологик кўрсаткичлари бизга тиреопероксидаза ва тиреоглобулинга аутоантителани бошланғич боғлиқлик кўрсаткичи енгил БА да, максимал кўрсаткичи эса оғир БА ($P<0,001$) да роль ўйнайди. Олинган натижаларимиздан АТ-ТГ ни ҚБ ни аутоиммун зарарланишлари билан кечишига боғлиқлиги аниқланди.

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ СИНДРОМИ

Хонкелдиева Х.К.
Андижон давлат тиббиёт институти

Изланиш долзарблиги. Аллергик патологиялар орасида бронхиал астма (БА) етакчи ўринда туриб, педиатриянинг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Бу касалликнинг долзарблиги ва ижтимоий аҳамияти касалликнинг тарқалиш частотаси юқорилигидадир (10–15%).

Изланиш мақсади. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари билан бронхиал астмали болаларда эндоген интоксикация синдромини текширишдан иборат.

Текшириш материали ва усуллари. Изланиш 2010-йилдан 2015-йилгача Андижон шаҳар кўп тармоқли болалар шифохонасининг пульмонология бўлимига тушган 102 нафар бронхиал астмали болаларнинг клиник-лаборатор текширишларига асосланган.

Изланиш натижалари. Вегетатив ва тиреоид статус бузилишлари бўлган болаларда ўткир клиниик давридаги лаборатор текширишлар натижасига кўра, эндоген интоксикация барча белгилари соғлом болалар гуруҳига нисбатан кўтарилаганлигини кўрсатди. Масалан, 1 - гуруҳ болаларида СМП кўрсаткичи 94,6%га ва 2- гуруҳда – 114,6%га кўтарилган, токсик фактор 1- гуруҳда 81,5%га ва 2- гуруҳда – 134,7%га ошган .

ЦИК кўрсаткичи 1- гуруҳда 3,4 марта, 2- гуруҳ болаларида эса 4,1 марта ўсган. Яъни, БА бўлган болаларда ЦИК кўрсаткичи, беморнинг оғир ҳолати билан боғлиқ бўлган. ЭИ баҳолашда кўрсаткичларнинг маълумоткорлигини таққослаб, шуни таъкидлаш керакки, энг маълумоткор кўрсаткич ЛИИ бўлган, унинг кўрсаткичи 1- гуруҳ болаларида 4,4 марта, 2- гуруҳ болаларида эса 7,4 марта юқори бўлган.

Шуни таъкидлаш керакки, ЭИ – СМП, ТФ, ЦИК ва ЛИИ кўрсаткичлари интоксикациянинг клиник симптомлари билан таққослаганда, энг юқори кўрсаткич беморларда касалликнинг ўта оғир ҳолатида аниқланган, ЭИ миқдори кўрсаткичи қанча юқори бўлса, интоксикация даражаси шунча юқори бўлган.

Шундай қилиб, бизнинг изланишлар ЦИК ўсиб боришини аниқлади, маълумки, улар бактериал инфекция патогенезида тўғридан тўғри рол ўйнайди.

Ўрта оғир ҳолатда СМП кўрсаткичи, соғлом болалар кўрсаткичига нисбатан 14,7%га, оғир ҳолатда – 94,6%га ва ўта оғир ҳолатда – 141,1%га ортган.

Токсик омил кўрсаткичи, соғлом болалар кўрсаткичига нисбатан ўрта оғир ҳолатда 26,4%га, оғир ҳолатда– 81,5%га ва ўта оғир ҳолатда – 103,1% га кўтарилган.

Хулоса. Болаларда БА келиб чиқиш ва ривожланиш хавф омиллари қуйидагилар: оғирлашган ирсият, эркак жинсига мансублик, боланинг эрта ёши, респиратор аллергик касалликлар билан тез-тез бетоб бўлиш ҳамда оғирлашган аллерго-анамнез, бунда она тарафдан аллергия алоҳида аҳамиятга эга.

ЭИС билан курашиш муаммоси жудаям долзарб, чунки бу синдром деярли барча болалар критик ҳолатларида кузатилади ва БА патогенезида етакчи ҳисобланади. Репаратив жараёнлар тугаб битиши ва организм табиий функциялари кескин пасайиши билан беморларда БА инфекцион-токсик шок ривожланиши мумкин. Унинг ривожланиши антибиотикларни юқори дозада қўллаш билан боғлиқ, қўзғатувчилар кўп миқдорда бўлади ва эндотоксин кўп миқдорда қонга ўтади, бунда оғир аҳволдаги организм ҳолати гемодинамика, тўқималар циркуляцияси ва перфузиясининг кескин бузилиши билан оғирлашади. Шок патогенезида микро- ва макроциркуляция бузилиши етакчи ўрин эгаллайди. Айнан юқори эндоген интоксикация бу ҳолатларда летал якуннинг асосий омили ҳисобланади.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема профилактики и лечения детей с дефицитом железа, с его клиническими проявлениями (латентный дефицит железа - ЛДЖ, железодефицитная анемия - ЖДА) является исключительно актуальной, требующей унификации этиологических и патогенетических принципов и подходов с учетом региональных особенностей возникновения и развития данной патологии.

Цель работы. Одним из основных способов ликвидации дефицита железа является ферротерапия, которая составляет основу патогенетического лечения. Однако, существующие антианемические средства не лишены побочных свойств и не всегда оказывают желаемый эффект. Поэтому поиск и создание новых, наиболее эффективных, дешевых и удобных для применения антианемических препаратов является весьма актуальным.

Учитывая это, нами разработана и применена в клинической практике новая композиция натриевой соли орто-карбоксибензоилферроцена в пищевом яблочном соке, которая названа «Ферман» (имеется разрешения фармкомитета за № 211-15-823).

Ферман в своем составе не содержит дополнительных наполнителей и в отличии от Ферроцерона, имеет сладкий вкус, слабо ароматный запах легко усваивается организмом, что открывает большие возможности для его широкого применения в педиатрии.

Материал исследования. Под наблюдением находились (в амбулаторных условиях) 158 детей с железодефицитной анемией в возрасте 1-15 лет.

С учетом возраста они были распределены на 3 группы: I группа - дети в возрасте до 3 - лет (49 больных); II группа - дети в возрасте 3-6 лет (50 больных) и III группа - 59 детей в возрасте 7-15 лет. Диагноз ЖДА ставили на основании общепринятых критериев.

Ферман назначался детям I группы по 5 мл (в 1 мл фермана содержится 3,12 мг элементарного железа) 3 раза в день; дети II группы получали по 10 мл 3 раза в день и дети III группы получали по 15 мл 3 раза в день в течение 20-25 дней. Применение препарата в таких дозах не оказало побочного действия ни у одного больного. Фон фармакологической терапии был одинаковым во всех группах.

Об эффективности проводимой терапии судили по изучению в динамике (5-й, 10-й, 25-й дни) количественных и качественных показателей периферической красной крови и обмена железа.

Анализ полученных данных показал, что у больных с ЖДА во всех возрастных группах сывороточного железа в процессе лечения неуклонно увеличивался, начиная уже с 5-го дня терапии и нормализовался к 25 - му дню лечения.

Значительное повышение сывороточного железа приводит к уменьшению в динамике общей железосвязывающей способности сыворотки. За это же время коэффициент насыщения трансферрина железом увеличивается в 4-4,5 раза по сравнению с исходным уровнем.

В конце курса лечения во всех возрастных группах отмечалось достоверное увеличение уровня гемоглобина. Суточный прирост гемоглобина составил в исследуемых группах в среднем 2,23 г/л; 2,13 г/л; 2,28 г/л соответственно. Такое ежедневное увеличение уровня гемоглобина позволяет считать терапию весьма эффективной. Анализ морфометрических показателей эритроцитов в динамике выявил положительные сдвиги, т.е. купирование или тенденция к нормализации ЖДА коррелируют и с другими исследованными показателями.

Выводы. Таким образом, предложенная нами новая композиция ферроцерона в яблочном соке (Ферман) оказывает выраженный терапевтический эффект и имеет хорошие органолептические свойства, что немаловажно в педиатрической практике.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Худайбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В отечественной литературе данные о распространенности дефицита железо (ДЖ) у детей по большинству регионов отсутствует. Кроме того, нет данных о факторах риска развития не только дефицита железа в целом, но и железодефицитной анемии (ЖДА) и латентного дефицита железа (ЛДЖ), что затрудняет проведение лечебно - оздоровительных и профилактических мероприятий. Проведение исследований по выявлению факторов риска развития ЖДА и ЛДЖ у детей в Республике Узбекистан, где почти каждый второй или третий ребенок страдает дефицитом железа, является исключительно важным обстоятельством.

Цель работы. Исходя из этого нами поставлена цель - изучить факторы риска развития дефицита железа (ДЖ), выделив при этом наиболее значимые из них для детей республики.

Объектом исследования была репрезентативная выборка детского населения Андижанского вилоята, состоящая из 4419 детей в возрасте 1-15 лет.

Методы и материал исследования. С целью выявления, измерения и сравнительной оценки степени влияния различных факторов на ДЖ к исследуемой группе больных подобрана группа из 1285 детей того же возраста. Измерение проводилось с помощью тетрахорического коэффициента (показатель соответствия). По его величине определено их весовое значение. Рассчитан относительный риск (ОР).

При выявлении и учете факторов риска развития ДЖ акцент делался на основные управляемые факторы со стороны матери (социальное положение, количество детей; медико-биологические - число беременностей и родов, осложнения беременности и родов, экстрагенитальные заболевания; экологические факторы - влияние окружающей среды, наличие пестицидов) и со стороны ребенка (медико-социальные факторы: недоношенность, дети из двойни, дети с малой массой и избыточной массой тела при рождении; вскармливание ребенка: естественное, смешанное, искусственное, несбалансированное вскармливание и питание; организованность; медикобиологические: перенесенные заболевания респираторной системы и желудочно-кишечного тракта, инфекционные , паразитарные и фоновые заболевания у детей раннего возраста, наличие хронических очагов инфекции; экологические факторы: влияние окружающей среды - загрязнение атмосферного воздуха, наличие пестицидов в крови).

Для изучения влияния факторов внешней и внутренней среды на возникновение дефицита железа исследовано 36 социально - биологических факторов, из них 28 оказались статистически значимыми. По

уровню надежности из всех факторов наиболее значимыми оказались фактор питания, экологический фактор, заболеваемость ОРВИ, а также состояние здоровья матери, её возраст и образование.

Выводы. Таким образом, многофакториальное эпидемиологическое исследование позволяет выявить контингент детского населения, имеющий высокую степень риска возникновения дефицита железа. Установлено, что у детей из групп риска дефицит железа возникает в 18,5 раз чаше, чем в общей популяции.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Худайбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Клиническая характеристика детей с же лезодефицитной анемией (ЖДА) показала, что изменения со стороны сердечно - сосудистой системы с возрастом увеличиваются и достигают максимума к школьному возрасту. Исследования вегетативного гомеостаза, как один из регулирующихзвеньев процесса эритропоэза, у детей с дефицитом железа не проводились.

Цель работы. В данной работе основной задачей явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза с помощью кардисинтервалографии (КИГ) в покое и при функциональной нагрузке.

Методы и материал исследования. С этой целью нами обследовано 131 больных железодефицитной анемией в возрасте 7-16 лет.

Кардиоинтервалограммы регистрировали на основании ЭКГ, записанной на электрокардиографе Cardiomax - FX - 326 (Япония) во II стандартном отведении в утренние часы в состоянии покоя и при нагрузке. Для построения КИГ определяли продолжительность кардиоциклов в 120 последовательных сердечных циклах.

Анализ полученных данных показал, что исходное состояние вегетативного тонуса характеризуется значительным увеличением случаев исходной симпатикотонии (43,9%) и эйтонии (41,5%) по сравнению с ваготонией (14,6%), однако это состояние лабильно, что выявляется при нагрузочной пробе (клинортостатическая проба): увеличиваются случаи гиперсимпатикотонической реактивности - при эйтонии (41,2%, P<0,05), ваготонии (66,6%, P<0,01) и симпатикотонии (33,3%, P<0,05).

Изучение структуры сердечного ритма в сравнительном аспекте у здоровых детей показало напряженность компенсаторных механизмов, высокий уровень функционирования симпатического звена вегетативной нервной системы (АМо - 23,6%; P<0,05) и центрального (адренергического) контура регуляции (ННt -128,9; P<0,01, АМо/ 4 Х - 159,6 P<0,01), уменьшение холинэргической реакции сердечного ритма (ДХ - 0,23; P<0,05). Эти данные зависели от исходного вегетативного тонуса, что выражено при симпатикотонии (АМо - 34,5%; P<0,05; $ИН_Г$294,4; P<0,01; АМо/ Д Х - 340,3 P<0,001).

Нами отмечено, что у девочек с ЖДА при исходной эйтонии также определяется некоторое напряжение адаптивных механизмов структуры сердечного ритма ($НН_t$ -67,4; АМо/ Д Х -95,1).

Динамика структуры сердечного ритма у детей с ЖДА в ходе выполнения клинортостатической пробы показала незрелость вегетативной регуляции сердца, что выражалось в процентных соотношениях АМо (+77,4%; P<0,05); ИН! (+ 634,1%, P<0,01; АМо/ Д Х + 326,7% P<0,001) при исходной ваготонии и эйтонии ННi (+276,4%; P< 0/001; АМо/ Д Х (+ 162,9 P < 0,001).

Вывод. Указанные механизмы регуляции ритма сердца у девочек-подростков с ЖДА являются несовершенными и таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса со стороны сердечно - сосудистой системы, что необходимо учитывать в процессе лечения и профилактики таких больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.
***Андижанский государственный медицинский* институт.**

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Цель работы. Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови /ОЖЖС/, коэффициента насыщения трансферрина железом /КНТ/, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловойсидероурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи - 56 (44,8%), сухость и выпадение волос - 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей - 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки -16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - "лакированный язык" - 32 (25,5%), так называемые "заеды" в углах рта, ангулярный стоматит - 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 - 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми - 57 (45,6%), плаксивыми, капризными - 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Вывод. Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В структуре заболеваемости детей раннего возраста обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест. Большая частота их обусловлена высокой контагиозностью инфекции, различных аллергенов и анатомофизиологическими особенностями органов дыхания, иммунобиологическими свойствами ребенка.

Цель работы. Целью настоящей работы явилось изучение реабилитации детей, перенесших обструктивный бронхит.

Материал исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 детей от 3-х месяцев до 3-х лет с обструктивным бронхитом. У 86% детей имелись проявления фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, рахит, анемия, гипотрофия). Болезнь у этих детей характеризовалась более затяжным течением, частыми рецидивами.

Эти дети были рзяты на диспансерный учет и был составлен план н^мёченных . реабилитационных мероприятий (диета, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия).

Детям с рахитом и экссудативно-катаральным диатезом применялся электрофорез с кальцием, назначались антигистаминные препараты, пиковит по 1 ч.л 3 раза в день, УФО-терапия, массаж. При гипотрофии в комплекс лечебных мероприятий включали метандростенолон, УФО, массаж, УВЧ- терапия в

межлопаточную область. Детям с анемией назначали ферронатогспензию по 1 ч.л. 2 раза в день в течение месяца. После проведенной реабилитации частота рецидивов и повторная заболеваемость сократилась, выздоровление происходило в более ранние сроки.

Проведены отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны с постепенным повышением температуры воды с 37°С до 4.1°С в течение 10-15 мин, горячие обвертывания грудной клетки по Залманову, тепловые процедуры на грудную клетку (но не горчичники) пихтовые и другие масла, обладающие резким запахом.

Применение, ингаляционных форм симпатомиметиков позволяло уменьшить необходимую дозу лекарственного вещества и снизить системный эффект симпатомиметиков. При этом , положительный эффект отмечали уже через 10-15 минут.

Лечебная физкультура и массаж грудной клетки, (особенно вибрационный), дыхательная гимнастика в обязательном порядке назначались вс^'ёрльным при нетяжелом течении и не на высоте обструкции.

Вывод. Таким образом, систематически проводимые реабилитационные мероприятия способствуют более быстрому улучшению состояния больных с обструктивным бронхитом и предупреждают повторную заболеваемость.

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ ВСЛЕДСТВИИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Д.С.Касимов., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы среди” педиатров формируется концепция пищевого программирования. Согласно этой концепции характер питания ребенка в первые годы жизни предопределяет особенности его метаболизма. Многие исследования показали, что для развития различных заболеваний в подростковом периоде, немаловажную роль сыграли факторы риска и неправильное вскармливание ребенка на первом году жизни

Цель работы. Целью данной работы явилось изучение зависимости между характером вскармливания и изменениями показателей метаболизма у детей.

Материал исследования. Питание ребенка должно выполнять, по меньшей мере, три основные функции: питательную, сенсорную, регулирующую.

Питательное - обеспечение ребенка белками, жирами, углеводами, витаминами, минералами и микроэлементами.

Сенсорная - воздействие на вкусовые, обонятельные, зрительные и другие рецепторы.

Регулирующая - влияние на иммунитет, ЖКТ, эндокринную, нервную систему и др.

Женское молоко хорошо переваривается в желудке ребенка благодаря содержанию пищеварительных ферментов, а также более низкому содержанию белка.

В женском молоке находится большое количество защитных компонентов. Нерациональное искусственное вскармливание способствует формированию алиментарно зависимых заболеваний, увеличению частых острых и хронических заболеваний ЖКТ, аллергической патологии, снижению иммунитета, нарушению физического и интеллектуального развития. Среди важнейших отдалённых последствий неправильного вскармливания детей выявляются нарушения обмена липидов и атеросклероз, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Анализируя обмен липидов у большого числа подростков, на основании катамнестических исследований доказали, что подростки, которые в младенчестве находились на длительном грудном вскармливании имели соотношение липопротеидов. Высокой плотности к липопротеидам низкой оптической плотности на 14% ниже, чем дети, вскармливаемые в раннем возрасте адаптированными смесями, риск развития ожирения патологии сердечно-сосудистой системы составляет только 0,8%, в то время как у взрослых, с рождения получавших искусственную смесь, он в 5 раз выше (4,5). Повышенный риск развития ожирения связан с тем, что при искусственном вскармливании потребляется больше энергии и пищевых веществ (особенно белков и углеводов), происходит повышенное образование инсулина.

Это изменяет механизмы регуляции чувства голода и насыщения.

Вывод. Исследования многих авторов показали, что продолжительное грудное вскармливание снижает частоту развития инсулинозависимого сахарного диабета.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Д.С.Касимов., Халилов О.Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Цель работы. Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливали на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови ОЖЖС, коэффициента насыщения трансферрина железом КНТ, латентной железосвязывающей способности сыворотки крови /ЛЖЖС/, десфераловойсидероурии.

При оценке тяжести ЖДА пользовались рекомендациями ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 ребенка (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 ребенка (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладают дети до 1 года.

Результаты и обсуждение. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - 18 (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи - 56 (44,8%), сухость и выпадение волос - 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей - 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки -16 (12,8%). У детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - "лакированный язык" - 32 (25,5%), так называемые "заеды" в углах рта, ангулярный стоматит - 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 - 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми - 57 (45,6%), плаксивыми, капризными - 44 (35,2%); снижен интерес к окружающему, игрушкам. Выявлены были также отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и средне-тяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: выявлено 95 (76,0%) ребенка с признаками гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Вывод. Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ

Халилов О.Н., Косимов Д.С.
АДТИ ВМО ва ҚТФ педиатрия кафедраси

Болаларда анемияни келтириб чиқарувчи сабаблардан бири болаларни гижжалар билан касалланганлигидир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотига кўра болалар орасида энг кўп таркалган гельминтоз касаллиги бу аскаридоздир.

Мақсади: Аскаридоз натижасида келиб чиққан анемияни даволаш асосий мақсад қилиб олинди.

Текшириш натижалари: Қўйилган мавзуни амалга ошириш мақсадида 50та 7-14 ёшли болалар (30 та қиз бола, 20 та ўғил бола) текширувга олинди. Текширув ва даволаш болалар поликлиникаси ва уй шароитида олиб борилди. Даволаш муолажаси бошлангунча периферик қон (умум қабул килинган усул билан) ва аҳлат текширилди (гижжалар ёки уларни тухуми аниқланди). Болаларга Тимьян мойи буюрилди. 3 та 10 кунлик цикл оралиғида 1 хафтадан танаффус. 7-10 ёшга - 2 томчи, 7-14 ёшга -3 томчидан берилди. Курс муддати 45 кунни ташкил қилди.

Сўнгра болаларга антианемик препаратлар- кобавит 10 мг х 2 махал ва ферроплекс препарати 1 таблетка 2 махал 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). Нажас 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 иштахаси очилгани, тери ва шиллиқ пардалари ранги ижобий томонга ўзгарилганлиги кузатилди.

Бу препаратлар ичида тимьян ва кобавит табиий фитоиммуномодуляторлар бўлиб организмга ножўя таъсир кўрсатмайди, уни қўллаш усули оддий, иқтисодий жихатдан жуда енгил ва даволашни уй шароитида ҳам олиб бориш мумкин.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ

Халилов О.Н., Касимов Д.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В работе изучалось содержание и активность пищеварительных ферментов в грудном молоке у женщин с различной степенью анемии.

Целью данной работы явилось изучение особенностей ферментативной активности в грудном молоке у женщин с анемией.

Материалом исследования явились образцы грудного молока здоровых женщин и женщин с различной степенью анемии, в которых определялись амилаза, липаза, пепсиноген. На основании исследований установлены тесные связи содержания и выделения гидролитических ферментов в грудном молоке от суточного объема молока, числа кормлений, ферментативного потенциала в организме здоровых и больных женщин с анемией. Сформулировано предложение, что, эти изменения зависит от недостаточности дуоденальных механизмов ферментной регуляции.

Ферменты грудного молока (ГМ) могут синтезироваться молочными железами и (или) высвобождаться из форменных элементов крови в молоке, особенно из лейкоцитов. Показано, что ферменты пищеварительных желез матери транспортируется в кровоток (инкретируются), оттуда поступают в молоко (рекретируются), питательные вещества (белки, жиры, углеводы. ГМ в желудочно-кишечном тракте ребенка гидролизуются с участием этих ферментов.

Вывод: гидролитические ферменты ГМ играют значительную роль в определение размера аутолитического пищеварения в первые месяцы постнатальной жизни становление ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез ребенка для осуществления собственного пищеварения. При снижении ферментативной активности ГМ рост и развитие детей значительно задерживаются.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ

Хужамбердиев Бобиржон. Собиржонович.
Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Целью является предложить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, позволяющие улучшить состояние гигиены полости рта и тканей гингивита, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков. Материалы и методы. Профилактика должна способствовать правильному развитию организма во внутриутробном и раннем периоде после рождения, в процессе формирования и роста в детском возрасте. Женщины, у которых беременность протекает на фоне общей патологии, нуждаются в комплексном оздоровлении с участием соответствующих специалистов. Питание беременной женщины должно быть высококалорийным и витаминизированным. Грудное питание в первые месяцы жизни ребенка имеет чрезвычайно важное значение для роста и развития младенца. Активное сосание материнской груди стимулирует правильный рост челюстей и формирование тканей гингивита. Результаты и обсуждения. При заболеваниях гингивита у детей гигиенический уход за полостью рта составляет существенное звено в комплексной терапии. Наибольшая эффективность этой меры достигается при условии, если врач в течение всего периода лечения обучает ребенка основным правилам чистки зубов и контролирует их, дает рекомендации по гигиене полости рта. С учетом возраста ребенка врач-стоматолог дает рекомендации по выбору зубной щетки, зубной пасты и средств для гигиенического ухода за полостью рта. Стоматологический рынок заполнен различными средствами для гигиенического ухода за полостью рта у детей. Уникальная форма ручки щетки R.O.C.S. PRO Baby позволяет избежать избыточного надавливания на зубы и десны малыша во время чистки, не повреждая десны и незрелую эмаль

зубов. Ручка зубной щетки R.O.C.S. PRO Baby выполнена из высококачественного безопасного пластика PET. Зубная паста R.O.C.S. PRO Baby предназначена для ухода за зубами малышей, начиная с самого раннего возраста до 3-х лет.

Принципы лечения заболеваний гингивита у детей. Лечение заболеваний гингивита у детей должно быть комплексным. Комплекс составляют с учетом этиологии заболевания, характера и степени выраженности воспалительных и дистрофических изменений в тканях и данных специального клинического и лабораторного исследования. При наличии у ребенка обще соматических или хронических системных заболеваний план общего лечения должен быть согласован с педиатром или специалистом соответствующего профиля. У детей со сниженными показателями иммунологической реактивности организма необходимо проводить по назначению педиатра стимулирующую терапию. Целесообразно назначение реминерализующей терапии - Кальций-Д3 Никомед 1 таблетка содержит 500мг элементарного кальция и 200 МЕ витамина Д3 по 1-2 таблетки в сутки 20-25 дней 2-3 раза в год. Гипосенсибилизирующая терапия. Поскольку при заболевании гингивита у детей возникают условия, способствующие сенсибилизации организма, а нередко патологический процесс в пародонте развертывается на аллергическом фоне, целесообразно назначать таким больным гипосенсибилизирующие средства. Назначению гипосенсибилизирующей терапии должно предшествовать постановка аллергических реакций. При выборе гипосенсибилизирующих препаратов (тавегил, супрастин, пипольфен, димедрол, диазолин) следует учитывать состояние нервной системы. Лечение проводится по общепринятой схеме в течение 3-4 недель. Применение этих препаратов способствует ликвидации воспаления в тканях гингивита, нормализации обменных процессов в них.

Вывод. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий позволяет улучшить состояние гигиены полости рта и тканей гингивита, повысить уровень стоматологического здоровья и снизить потребность в лечении детей и подростков.

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ

Хужамбердиев Бобиржон. Собиржонович.
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования: изучение отношения к профилактическим мероприятиям в полости рта у подростков.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 100 пациентов в возрасте 16 лет, находящихся на обучении в образовательных учреждениях. Было проведено анкетирование, в ходе которого респонденты отвечали на вопросы о наличии вредных привычек; профилактических беседах дома, в образовательных учреждениях, кабинете врача-стоматолога; кратности посещений стоматологического кабинета; разновидности средств гигиены в домашнем арсенале.

Результаты и их обсуждение: вредные привычки (курение) имеют 11 % опрошенных юношей. 51 % посещают врача-стоматолога лишь по нуждаемости, 27 % приходят в клинику 1 раз в год и лишь 22 % молодых людей проходят профилактические осмотры 2 раза в год. Желание получить информацию о средствах личной гигиены отметили 69 % респондентов, 22 % иногда следовали советам врача-стоматолога, а 9 % полагали, что узнают рекомендации из других источников. В кабинете врач рассказывает о средствах личной гигиены полости рта и занимается индивидуальным подбором в 66 из 100 случаев, тогда как в 34 случаях юные пациенты оставались в неведении и полагались на советы сторонних источников и СМИ. Оказалось, что почти половина опрошенных не знают и не используют
дополнительные средства индивидуальной гигиены помимо зубной щетки и пасты 45 %, знают, но не используют 37 %, регулярно используют только 18 % юношей. Из 100 проанкетированных 74 % чистят регулярно зубы 2 раза в день, 25 % чистят зубы только 1 раз за сутки и 1 подросток не прибегает к такому методу индивидуальной гигиены полости рта совсем. При анализе ответов о наличии и разновидности зубной щетки 81 ребенок указал мануальную щетку, 13 – электрическую щетку и 6 имеют в своем арсенале оба вида. На вопросы о частоте приема углеводной пищи (сахаросодержащие продукты) 94 % юношей ответили, что в их жизни присутствует сладкое хотя бы раз в день. Большинство опрошенных школьников (95 %) имели беседы о правильности ухода за полостью рта с врачом или родителями. Тогда как профилактические беседы в образовательных учреждениях развиты не столь обширно (только у 51 % они проводились). На основании полученных знаний 20 % юношей самостоятельно приобретают себе средства гигиены, но 56 % даже не проявляют участия в покупке, полагаясь на выбор родителей. Находясь на последней ступени к взрослой жизни, 44 % подростков уже сами определяют для себя необходимость посещения врача-стоматолога, 29 % прислушиваются к совету родителей, 5 % оставляют контроль учителям, но 22 % проанкетированных остаются без внимания и сами не проявляют инициативы в необходимости регулярных посещений стоматологического кабинета.

Заключение: из проведенного нами исследования можно сделать вывод, что на сегодняшний день осведомленность подростков о своем стоматологическом здоровье и методах профилактики стоматологических заболеваний находится на достаточно низком уровне. Несмотря на попытки со стороны образовательного органа и здравоохранения привить ответственность за свое здоровье у будущего поколения, юные пациенты порой остаются без внимания и становятся безучастными к своему собственному здоровью со столь ранних лет. Необходимо развивать комплекс первичной профилактики среди школьников, мотивировать на поддержание полости рта в здоровом состоянии не только посредством лечения, но и комплекса профилактических мероприятий.

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА МЕТАБОЛИЗМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Хусанова Х.А.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных тяжелых и инвалидизирующих многофакторных заболеваний.

Установлена ассоциация полиморфного варианта rs41423247 гена NR3C1 со значительным снижением показателей функции внешнего дыхания у больных БА. Обнаружено, что у башкир маркерами повышенного риска развития БА являются генотип rs242941*C/A и гаплотип АА (rs242939, rs242941) гена CRHR1 ; у татар - генотип rs41423247*C/G гена NR3C1.

Цель исследования. Оценка клинико-генетической значимости полиморфных вариантов генов, участвующих в метаболизме глюкокортикостероидов и ß2-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 2021 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 клиническими и аллергологическими особенностями следует считать: преобладание лиц мужского пола (69,4%); кожных проявлений аллергии в анамнезе (70,4%); проживание в семьях с высокой частотой курения среди родителей (53,1%); наличие наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям (81,0%); легкое течение астмы (59,7%); высокий уровень сывороточного (73,0%), аллергического ринита (91,3%) среди сопутствующих аллергических заболеваний, а в спектре причинно-значимых аллергенов - бытовой сенсибилизации (66,8%).

Данные «Теста по контролю над астмой» коррелируют с показателями проходимости дыхательных путей (МОС25, МОС50) и суточной вариабельности пиковой скорости выдоха. По данным АСТ-теста у половины пациентов (50,0%) с бронхиальной астмой отмечается неконтролируемое течение заболевания.

Маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы, тяжелой формы, неконтролируемого и частично-контролируемого течения заболевания со снижением параметров спирографии (ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75) является аллель п41423247*С гена глюкокортикостероидного рецептора ОКАллель кч242941 *А полиморфного варианта п-242941 гена кортикотропин-рилизинг гормона СИНИ1 ассоциирован с необходимостью назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов для эффективного контроля бронхиальной астмы.

Генотип гх1042714*С/Ст (О1п27/О1и27) полиморфного варианта Г81042714 гена (32-адренорецептора А ОН В 2 является маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы у русских, ассоциирован с бытовой сенсибилизацией, умеренным/значительным снижением ЖЕЛ и повышенным уровнем IgE в сыворотке крови.

Генотип rsl799930*A/A гена N-ацетилтрансферазы 2 NAT2 ассоциирован с умеренным/значительным снижением ЖЕЛ у больных бронхиальной астмой.

Межгенное взаимодействие полиморфных локусов генов GR (rs41423247), ADRB2 (rslü42713), NAT2 (rs1799929) и CRHR1 (rs242941) детерминирует развитие и неконтролируемое течение бронхиальной астмы у детей.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование выявило генные взаимодействия между локусами GR (rs41423247), ADRB2 (rsl042713), CRHR1 (rs242941) и NAT2 (rsl 799929), предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы, подтвердив полученные нами результаты анализа ассоциаций данных локусов с развитием и течением данного заболевания у детей.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ДИСПЛАЗИЙ У ДЕТЕЙ

Хусанова Х.А.
Кафедра педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Изучение патогенетических основ и механизмов развития рецидивирования респираторной патологии у детей находится в центре внимания исследователей многие десятилетия.

Современное состояние вопроса базируется на положении об изменившемся патомор-фозе хронических рецидивирующих бронхолегочных заболеваний и преобладании форм со «стертой» клинико-ренгенологической картиной, проявляющихся периодическими обострениями в виде пневмонического процесса или рецидивирующего обструктивного бронхита.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что преморбидным фоном для повторных инфекционно-воспалительных заболеваний легких, принимающих затяжное течение и плохо поддающихся лечению, рецидивирующих обструктивных бронхитов и неконтролируемой бронхиальной астмы является наличие врожденной патологии.

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 2016 по 2019гг. обследовано 299 недоношенных детей раннего возраста, из них 235 детей с диагностированной бронхолегочной дисплазией (средний возраст 1,8±0,9 мес.) и 64 ребенка без БЛД (средний возраст 1,6±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, гипопротеинемию по данным биохимического анализа крови и более часто встречающийся открытый артериальный проток, чем в сравнении с классической формой.

Классическая форма БЛД морфологически характеризуется преобладанием альвеол меньшего размера с поврежденными альвеолоцитами и утолщенными межальвеолярными перегородками за счет выраженного фиброза. При новой БЛД фиброз слабо выражен, 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-lb, TNF-«) и противовоспалительных цитокинов (IL-4), трансформирующего фактора роста-ß (TGF-ß), 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.

Выводы. 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.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шайматова А.Р., Рахимбердиев Р.А.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Совершенствование местной профилактики кариеса зубов у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 учеников: 68 девочек и 52 мальчика в возрасте от 7 до 11 лет. Диагнозы: кариес в стадии пятна – 86 человек; гипоплазия эмали– 11; гиперестезия твердых тканей зубов –7 . Каждый ученик был проинструктирован по применению реминерализующей системы GC Tooth Mousse . Препарат наносился на зубы с помощью сухого пальца или аппликатора после чистки зубов на 5 минут. Для лучшего проникновения препарата в интерпроксимальные пространства возможно использование флосса. В процессе процедуры не рекомендуется сплевывать и глотать слюну. Дополнительное ополаскивание полости рта не требуется. В течение последующих 30 минут не рекомендуется пить и принимать пищу. Применялась методика ВОЗ: осуществлялся сбор жалоб, анамнез жизни и анамнез заболевания, проводился экстра- и интра оральный осмотр. Регистрировались клинические индексы OHI-S, GI, КПУ-кп. Кислотоустойчивость эмали оценивали с помощью теста эмалевой резистентности (ТЭР) по В.Р. Окушко.

Результаты исследования:Средний групповой показатель индекса гигиены, в исследуемой группе, уменьшился через 3 мес на 0,33 балла, а через 6 мес от начала профилактических мероприятий на 0,40 балла по сравнению с первоначальным , достигнув 0,74±0,03 ($p<0,01$). В группе сравнения показатель интенсивности кариеса зубов составил 2,64±0,17, а прирост кариеса по индексу КПУз-1,64±0,11. После 6 мес показатели прироста интенсивности кариеса по индексу КПУз у детей составило 1,69±0,22 соответственно, в группе сравнения-2,64±0,18. Показатель ТЭР-теста после 3 мес по наблюдаемой группе учеников составлял от 2 до 8 баллов. В среднем значение ТЭР-теста по группе составило 3 балла. После курса реминерализующей терапии показатель снизился в среднем с 3 (2,6) до 1 (1,4) балла ($p <0,001$). Меловидные пятна исчезли у 48% учеников, у 52% уменьшились размеры и интенсивность окрашивания пятен. У 65% учеников, у которых первично отмечалась гиперестезия, снизилась болевая реакция на холодовой раздражитель и у 100% – на тактильный раздражитель. значения ТЭР теста через 6 мес после проведения реминерализации улучшились и соответствовали следующим значениям: из 50 зубов у 2 (4%) ТЭР составил 1 балл, у 19 зубов (38%) ТЭР составил 2 балл, у 16(32%) зубов ТЭР составил 3 балл, у 8 зубов (16%) ТЭР был равен 4 балла и у 4 зубов (8%) ТЭР составил5 баллов, что так же свидетельствовало о повышении кариес резистентности , но более значимыми эти показатели были у зубов с заранее более высокой кисло устойчивостью эмали. На все этапах проведения реминерализирующей терапии наблюдались достоверные различия в показателях ТЭР теста ($p <0,001$).

Проведённые исследования позволили сделать выводы: результаты исследования подтвердили, что применение реминерализующего препарата GC Tooth Mousse имеет выраженный терапевтический эффект при лечении начального кариеса, реминерализации некариозных поражений и твердых тканей зубов с незаконченной минерализацией, о чем свидетельствуют данные клинического осмотра, достоверная динамика ТЭР-теста ($p <0,001$). Реминерализирующую систему GC Tooth Mousse можно использовать в домашних условиях. Это важно особенно для детей, поскольку исключается факт психологической тревоги и напряженности пациента, имеющей место перед и во время стоматологического приема; экономится время врача и пациента, а по эффективности полученных результатов методика приближается к профессиональным реминерализующим процедурам подобного рода.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д.
Многопрофильная клиника ТМА №3, Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. По последним данным исследовательской группы ВОЗ, осложнения беременности нередко становятся непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому представляет собой одно из важнейших проблем здравоохранения. Данные о молекулярных механизмах развития этой патологии позволяют рассматривать её как многофакторное состояние развитие, которого определяется взаимодействием определенных наследственных и средовых факторов. Многочисленные исследования показали, что в основе многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии, связанных с аутоиммунными нарушениями, дефектами ангиогенеза и инвазии трофобласта, гипергомоцистеинемией и наследственной патологией гемостаза.

Цель исследования - усовершенствование предгравидарной подготовки женщин с антифосфолипидным синдромом с целью создания алгоритма ведения и прогнозирования.

Материалы и методы: сбор материала проводили в гинекологическом отделении многопрофильной клиники ТМА. Всего обследовано 220 женщин репродуктивного возраста в возрасте от 24 до 35 лет. Средний возраст составил 28 лет. После обследования пациентки были разделены на 2 группы:
1-я группа – 150 женщин с прерывавшейся и/или неразвивающейся беременностью в анамнезе.
2-я группа –70 женщин с АФС и неразвивающейся беременностью в анамнезе и обследованные предложенным методом.

Всем пациенткам проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, которые включали: ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, ВСК, Коагулограмма, Бактериологический посев из 3-х точек, анализ на TORCH-инфекцию, Гемостазиограмма, Гормональный фон (ТТГ, Анти-ТПО, Т4своб, Тестостерон), Гомоцистеин, СРБ, РВ, УЗИ матки и придатков, УЗИ щитовидной железы. Также проведены консультации гематолога и нефролога.

Результаты исследований: Результаты исследования показали что среди женщин с осложненным акушерско гинекологическим анамнезом частота выявления волчаночного антигена составило в первой группе 26%, во второй группе 47%, гипергомоцистинемия в первой группе 12%, во второй группе 27%, инфекция мочевых путей в первой группе 32% во второй соотвественно 70%, Анти-ТПО превышает нормальные показатели в первой группе 37% во второй 65%, прерывание беременности по поводу неразвивающейся беременности у 122 пациенток первой группы в 65 во второй группе.

Вывод: Таким образом, наши исследования показали, что беременным, имеющим в анамнезе неразвивающеюся беременность, необходимо проведение комплекса клинико-лабораторных методов обследования с использованием современных методов диагностики для выявления факторов риска развития неразвивающейся беременностей, для последующего проведения соответствующей предгравидарной подготовки и эффективной терапии осложнений в течение наступившей беременности.

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д.
Многопрофильная клиника ТМА №3,
Ташкентский Государственный стоматологический институт

Актуальность. По последним данным исследовательской группы ВОЗ, осложнения беременности нередко становятся непосредственной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому представляет собой одно из важнейших проблем здравоохранения. Данные о молекулярных механизмах развития этой патологии позволяют рассматривать её как многофакторное состояние развитие, которого определяется взаимодействием определенных наследственных и средовых факторов. Многочисленные исследования показали, что в основе многих видов акушерской патологии лежит развитие генерализованной микроангиопатии и тромбофилии, связанных с аутоиммунными нарушениями, дефектами ангиогенеза и инвазии трофобласта, гипергомоцистеинемией и наследственной патологией гемостаза.

Цель исследования - усовершенствование предгравидарной подготовки женщин с антифосфолипидным синдромом с целью создания алгоритма ведения и прогнозирования.

Материалы и методы: сбор материала проводили в гинекологическом отделении многопрофильной клиники ТМА. Всего обследовано 220 женщин репродуктивного возраста в возрасте от 24 до 35 лет. Средний возраст составил 28 лет. После обследования пациентки были разделены на 2 группы:
1-я группа – 150 женщин с прерывавшейся и/или неразвивающейся беременностью в анамнезе.
2-я группа –70 женщин с АФС и неразвивающейся беременностью в анамнезе и обследованные предложенным методом.

Всем пациенткам проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, которые включали: ОАК, ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко, ВСК, Коагулограмма, Бактериологический посев из 3-х точек, анализ на TORCH-инфекцию, Гемостазиограмма, Гормональный фон (ТТГ, Анти-ТПО, Т4своб, Тестостерон), Гомоцистеин, СРБ, РВ, УЗИ матки и придатков, УЗИ щитовидной железы. Также проведены консультации гематолога и нефролога.

Результаты исследований: Результаты исследования показали что среди женщин с осложненным акушерско гинекологическим анамнезом частота выявления волчаночного антигена составило в первой группе 26%, во второй группе 47%, гипергомоцистинемия в первой группе 12%, во второй группе 27%, инфекция мочевых путей в первой группе 32% во второй соотвественно 70%, Анти-ТПО превышает нормальные показатели в первой группе 37% во второй 65%, прерывание беременности по поводу неразвивающейся беременности у 122 пациенток первой группы в 65 во второй группе.

Вывод: Таким образом, наши исследования показали, что беременным, имеющим в анамнезе неразвивающеюся беременность, необходимо проведение комплекса клинико-лабораторных методов

обследования с использованием современных методов диагностики для выявления факторов риска развития неразвивающейся беременностей, для последующего проведения соответствующей предгравидарной подготовки и эффективной терапии осложнений в течение наступившей беременности.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф. М., Азизова Н. Д., Зокиров Б. К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент.
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. Исследования BAMSE (Швеция, 2015) показали, что коморбидность увеличивается с возрастом ребенка. Так, у детей в 1 год астма сочеталась с ринитом и/или атопическим дерматитом в 38% случаев, к 12 годам – в 67%. 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.

Цель исследования. Изучить факторы риска развития аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей**.**

Материалы и методы. Ретроспективное исследование детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмы проводились в РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз и ОДММЦ города Андидана. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру - Стьюденту.

Результаты и их обсуждение. Результаты ретроспективного исследования позволили определить ряд клинических маркеров, информативных для более ранней диагностики бронхиальной астмы. Не выявлено влияния ряда перинатальных факторов (гестационный возраст, антропометрические показатели при рождении, возраст родителей, состав семьи, характер вскармливания) на развитие астмы и ринита. Респираторные инфекции (особенно на первом году жизни) имели статистически значимую связь с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом.

Бронхиальная астма в «чистом» виде, без сопутствующих аллергических заболеваний, наблю далась у 263 детей из 524, вошедших в исследование, что составило 53,8 %. У остальных наиболее часто БА сочеталась с аллергическим ринитом (114 детей), атопическим дерматитом (78 детей), поллинозом (32 чел.), крапивницей (20 детей). При этом сочетание двух аллергических заболеваний имели 114 детей, трех и более – 67 (8,1 %). Кроме этого, у 120 больных (14,6 %) отмечался бронхоспазм физической нагрузки (верифицированный как клинически, так и тестом с физической нагрузкой. Кашлевой вариант астмы наблюдался также у 47 детей (5,7 %). Атопия, являясь важным фенотипом бронхиальной астмы, верифицируется в клинических и эпидемиологических исследованиях наличием положительных кожных проб с наиболее распространенными аллергенами и выявлением высоких уровней общего IgE, а также наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, которая оценивается по семейному и личному аллергоанамнезу. Общий иммуноглобулин Е в сыворотке крови был опрделен почти у половины больных с астмой. Оказалось, что дети с бронхиальной астмой в 77 % случаев имели родственников с аллергией и в 62,4 % – клинику экземы (текущую или в анамнезе). При этом статистически значимых различий по этим показателям между мальчиками и девочками получено не было. В группе контроля эти симптомы отмечались лишь у незначительного числа обследованных.

В основной группе была изучена взаимосвязь между уровнем общего IgE и данными аллергоанамнеза, как в общей группе, так и с учетом пола. Итак, наследственную предрасположенность к атопическим заболеваниям имели более 3/4 больных с астмой. Большинство перинатальных факторов (недоношенность, возраст гестации менее 38 недель, оценка по Апгар, длительность грудного вскармливания, время введения цельного молока, возраст матери и отца) одинаково часто встречались как в основной группе больных БА и АР, так и в группе контроля, поэтому их нельзя отнести к факторам, приводящим к развитию астмы.

Таким образом, наследственная предрасположенность к атопическим заболеваниям у подавляющего числа больных с тяжелой бронхиальной астмой может рассматриваться не только как потенциальный фактор риска, но как одна из наиболее вероятных причин развития тяжелой формы атопической астмы.

SEREBRAL FALAJGA CHALINGAN BOLALARDA STOMATOLOGIK TEKSHIRISHNING O'ZIGA XOSLIGI

Shamsiyeva Mahfuza Olimjon qizi
Buxoro davlat tibbiyot instituti magistranti

Bolalar serebral falaji - polietiologik kasalliklari guruhi bo'lib, organizmning ko'plab funktsiyalari (sindromlar - komplekslar) ning prenatal, intranatal yoki tug'ruqdan keyingi davrda miya rivojlanmaganligi yoki shikastlanishi natijasida paydo bo'ladi. Bolalar serebral falaji progressiv bo'lmagan qoldiq holat deb tasniflanadi, ammo yuqumli kasalliklar, intoksikatsiya, takroriy jarohatlar holatning yomonlashuvi bilan kechishiga sabab bo'lishi mumkin. Kundalik amaliyotda stomatolog og'ir anamnezli bemorlarni tekshirish va davolashda qiyinchiliklarga duch keladi, ayniqsa somatik patologiya asab va mushaklar-skelet tizimlari shikastlangan bo'lsa bu holat yanada qiyinlashadi.

Maqsad: serebral falaj tashxisli bolalarni stomatologik tekshirish xususiyatlarini o'rganish.

Materiallar va usullar: Adabiyotlar tahlili, o'quv nashr materiallari, bemorlarni tekshirish va davolash mavzusidagi avtoreferatlar

Natijalar: Bolalar serebral falaji kasalligi eng muhim tibbiy-ijtimoiy muammolardan biri hisoblanib, bu uning uchrash chastotasi (1000 yangi tug'ilgan chaqaloqdan 35 tasida) va erta yoshdan boshlab paydo bo'ladigan nogironlikka sabab bo'lishi bilan xarakterlanadi. So'nggi yillarda kasallikning pasayishi kuzatilmayapti, shuning uchun bolalarni reabilitatsiya qilishning tibbiy jihatlari ustuvorligi o'z ahamiyatini saqlab qolmoqda.

Miya falajining eng og'ir shakllari ikki tomonlama gemiplegiya va spastik tetraplegiya hisoblanadi. Ular bosh miya nervlarning patologiyasi, mikrosefaliya, qo'llar va oyoqlarning motorikasini og'ir buzilishi, tez-tez kuzatiladigan tutqanoqlar, nutqning rivojlanish nuqsonlari, intellektning sezilarli darajada rivojlanmaganligi, hissiyotning pasayishi, tajovuzkorligi kabi so'zgarishlar bilan xarakterlidir. Eng keng tarqalgan - spastik diplegiya, ijtimoiy moslashuv uchun eng yaxshi ko'rinish deb hisoblanadi va bu holat stomatologik tekshiruvni yengillashtiradi. Stomatologik tekshirish murakkab bo'lishi va bir necha bosqichlarni o'z ichiga olishi kerak. Bunday yondashuv tashxisni to'g'ri shakllantirish, davolash rejasini va usulini tanlash uchun zarur.

Muhokama. Bolalar serebral falaji bilan kasallangan bolalarni stomatologik qabul qilishning o'ziga xos xususiyatlari.

Kompleks davolash psixologik jihatga e'tibor berib pediatr, nevrolog, psixoterapevt, ortoped, fizioterapevt kabi mutaxassislar bilan birga ishlashni o'z ichiga olishi kerak. Bolalar serebral falajiga chalingan bemorlarga stomatologik yordam psixonevrologik dispanserlar va tibbiy reabilitatsiya markazlaridagi maxsus stomatologik kabinetlarda amalga oshiriladi. Bolalar serebral falaji bilan kasallangan bolalarga stomatologik xizmat ko'rsatishning o'ziga xos xususiyati u asosan umumiy ingalyatsion narkoz berish orqali amalga oshirilishidir.

Markaziy asab tizimining kasalliklaridan aziyat chekadigan bolalar bilan ishlashda quyidagilarga ahamiyat berish kerak:

- davolanish paytida bolaning qayerda bo'lishini bilish kerak - uning nogironlar aravasida yoki stomatologik stulda;
- bolaning boshi va tanasini barqarorlashtirish; agar yutish bilan bog'liq muammolar mavjud bo'lsa, bolani gorizontal joylashtirmaslik;
- qo'llar va oyoqlarni tabiiy holatga keltirish kerak (ko'pincha oyoq-qo'llar tanaga mahkamlanadi).

bu uchun yostiqlar, sochiqlar va boshqalardan foydalanish mumkin;

- og'zini beixtiyor yopish muammolarini oldini olish (og'iz dilatatorlari, til ushlagichlaridan foydalaning);
- qo'rquv refleksini qo'zg'atmaslikka harakat qilish: yorug'likni kamaytirish, shovqin qilmaslik, kutilmagan harakatlar qilmaslik, og'iz bo'shlig'i bilan ishlaganda instrumentlarni ohistalik bilan harakatlantirish;

-mushaklarni charchashini kamaytirish va bolaning stulda o'tkazadigan vaqtini qisqartirish maqsadida tez ishlash;

- pediatr tomonidan tavsiya etilgan premedikatsiya vositalaridan foydalanish.

Serebral falajga chalingan bolalarda stomatologik uchrashuv o'tkazish qo'shimcha bilim va professional ko'nikmalarni talab qiladi. Tish shifokorining harakatlari tinch va ishonchli bo'lishi kerak, u qabul paytidagi kutilmagan holatlarga tayyor bo'lishi kerak.

Stomatolog-shifokor ishining birinchi bosqichi - bemorni klinik tekshiruvi shikoyatlar yig'ishdan boshlanib, umumiy va mahalliy anamnez yig'ishni o'z ichiga oladi. Bemorlarda nutq qobiliyatlari rivojlanmaganligi inobatga olinib, hatto o'spirinlik davrida va yoshi kattaroq bo'lsa ham, suhbat ota-ona yoki vasiy bilan o'tkazilishi kerak. Shifokor barcha anamnezlarni standart reja asosida to'playdi, asosiy kasallik, kompensatsiya darajasi yoki dekompensatsiya darajasi, bolaning rivojlanish darajasiga alohida e'tibor berish kerak. Stomatolog-shifokor yondosh kasalliklar haqida batafsil ma'lumotni pediatrlar va nevrologlarning epikrizlari orqali olishi mumkin. So'rov vaqtida bemorning ko'nikmalarini aniqlash juda muhimdir, shuningdek og'iz gigienasi qanday amalga oshirilishini aniqlashtirish kerak. Alohida tutqanoqlar borligi va chastotasi to'g'risida aniqlik kiritish kerak, chunki tez-tez kuzatiladigan tutqanoqlar, ayniqsa tunda, ortodontik apparatlar taqishgaga mutlaqo qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Ikki tomonlama gemiplegiya barcha oyoq-qo'llarining funksiyasi buzilishi bilan tavsiflanadi, qo'llarga qaraganda oyoqlar ko'proq zararlanadi. Miya falajining ushbu shakli bilan og'rigan bolalar ko'pincha yurishmaydi va o'zlari

o'tirishmaydi. Diskinetik serebral falajida tana va oyoq-qo'llarni to'g'ri joylashuvi buziladi. Ataksik serebral falaj koordinatsiyalarning buzilishi bilan tavsiflanadi, maqsadli harakatlarda tremor kuzatiladi.

Umumiy tekshirish va baholash: somatik va psixologik rivojlanish. Bo'y, umurtqa, tana qismlarining holati, bosh.

Spastik diplegiya oyoq va qo'llarning harakatlanish funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi(oyoqlar ko'proq). Spastik gemiplegiyada harakat buzilishi asosan tananing bir tomonida kuzatiladi, qo'l esa oyog'iga qaraganda ko'proq zararlanadi.

Yuzni tekshirish: yuz va profil, simmetriya. Patologik holatlarning asosiy sababi yuz-jag' sohasidagi mushaklarning disgormoniyasi hisoblanadi.Ko'p holatlarda nafas og'iz bilan olinadi. Bemorlarni palpatsiya qilishda qiyinchiliklar kuzatilmaydi. Biroq, bu manipulyatsiyani ota-onalarga va bolaga tushuntirish orqali amalga oshirish kerak. Palpatsiyani ohista harakatlar bilan qilish tavsiya etiladi.

Og'iz bo'shlig'ini tekshirish: pastki jag'ning muvofiqlashtirilmagan va nazoratsiz harakatlari, lab va til. Faqat lablar yopiq emas, til old tishlar orasida. Yutishning infantil turi mavjud. Shuni ta'kidlash kerakki, patologiya bor bemorlarda, vaqtinchalik va doimiy tishlarning chiqishining kechikishi, retensiya va adentiyasi kuzatilishi mumkin. Tishning kariesdan shikastlanish darajasi bemorning yetarlicha gigiyenaga rioya qilishi va ovqatlanish holatiga bog'liq bo'ladi. Asosan quyidagi tish anomaliyalari uchraydi: yuqori frontal tishlar protruziyasi, kesuv tishlarini chuqur qoplanishi, katta sagittal yoriq, vertikal dizokklyuziya va bir tomonlama kesishgan prikus. Miya falajiga chalingan bemorlarning yana bir xususiyati bruksizmdir. Ayniqsa giperkinetik shaklda ko'p kuzatiladi. Shu bilan birga, sut va doimiy tishlar okklyuzion yuzalarning sezilarli darajada yedirilishi qayd etiladi, bu esa yuzning pastki uchdan bir qismi balandligining pasayishiga olib keladi. Keyinchalik chakka pastki jag' bo'g'imida disfunktsiya rivojlanishi mumkin. So'rish, yutish va nutqning buzilishi tufayli tanglayda o'zgarishlar kuzatiladi.

Antropometrik usullar: yuzning nisbatlarini tahlil qilish, standartlashtirilgan fotosuratlarda bajarish mumkin. Raqamli suratga olish qisqa vaqtni oladi. Gips diagnostikasi modellarini olish va o'lchash eng ko'p ishlatiladigan diagnostika usuli hisoblanadi. Biroq, spastik va giperkinetik shakllar bilan og'rigan bemorlarda modellarni olish jarayoni ancha qiyin. Bu holatda shifokor qabuliga kelgan bolaning ahvolini baholashi kerak, chunki shifokorga tashrif buyurish bemor uchun qo'shimcha stress paydo qiladi. Yengil shakllar va kompensatsiya davridagi bemorlarda barcha zarur manipulyatsiyalar somatik jihatdan sog'lom bemorlarga o'xshab amalga oshirilishi mumkin. Qolip olishda zich konsistensiyali og'iz bo'shlig'ida tez qotadigan elastik massalardan foydalanish kerak. CAD / CAM - texnologiyasi, stomatolog-shifokorlar uchun diagnostikani tezroq, aniqroq va qulayroq o'tkazish imkoniyatini beradi. Raqamli qolip olish texnikasi qolip oluvchi materiallaridan foydalanishni istisno qiladi. Tish qatorlarini skanerlash tez va kontaktsiz amalga oshirildi. Bunday holda, bemor hech qanday yoqimsiz his-tuyg'ularni boshdan kechirmaydi. Buning yana bir plyusi tadqiqot usuli - bu skanerlashni to'xtatib turish va sifatni yo'qotmasdan jarayonni davom ettirish.

Rentgen tadqiqot usullari: ortopantomografiya- ildizlar va tojlarning minerallashuv darajasini, sut tishlari ildizlarining rezorbsiya darajasi va doimiy tish murtaklarinini holati, assimetriya, adentiyani aniqlashga yordam beradi

Telerentgenografiya yuz skeletining tuzilishini, uning o'sishini o'rganishga, ortodontik diagnostika va davolash prognozini aniqlashtirishga imkon beradi. TRG yon proektsiyada eng ko'p ishlatiladi.

Kompyuter tomografiyasi suyak to'qimasini o'rganish usullaridan biridir. Rentgenologik tekshiruvlar bilan bir qatorda stomatologiyada faol foydalaniladi. KT tez va og'riqsiz sinov usuli bo'lib, bemorni maxsus tayyorlashni talab qilmaydi. Agar tomografiya qilishdan oldin bolaning psixo-emotsional holati beqaror bo'lsa, sedativ premedikatsiya qo'llash uchun shifokorlar - pediatrlar va nevrologlar bilan maslahatlashish kerak.

Xulosa. Serebral falajga chalingan bolalarni stomatolog-shifokor ko'rigi jarayonida tekshirishning bir qator qiyinchiliklari umumiy kasallikning og'irlik darajasi, shakli va kompensatsiya davrlari, shuningdek jismoniy va ijtimoiy moslashuv darajalari bilan. Shu bilan birga, shifokor ko'rik jarayonida tibbiy ko'nikma va qobiliyatlarini ko'rsatgan holda, manipulyatsiya qilishda ehtiyotkorlik ko'rsatishi va alohida taktikani qo'llashi kerak. Shifokorning harakatlari bolani qo'rqitmasligi va qiynamasligi uchun ohista, shovqinsiz va tezkor bo'lishi kerak. Tashxis qo'yish va davolash rejasini tuzish jarayonida maksimal ma'lumotni olish uchun diagnostika proseduralarini har bir bemor uchun optimal tanlash kerak.

АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ

Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.
Республика суд-тиббий экспертиза илмий амалий маркази Самарқанд филиали
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Йўл-улов ҳодисалар билан боғлиқ жароҳатланишларда жабрланган пиёда-болалардаги жароҳатлар жиҳатлари ва оғирлик даражаларини баҳолаш масалалари суд-тиббий экспертиза амалиёти учун етарли даражада ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади. Ҳаракатда бўлган автомобиллар билан тўқнашувида жабрланган пиёда-болалардаги жароҳатлар табиати ва оғирлик даражасини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва методлари.

Ҳаракатланаётган автомобиллар билан тўқнашувда турли даражали жароҳат олган пиёда-болаларга оид 302 та нолетал ҳолат бўйича суд-тиббий экспертиза натижалари ва уларга доир тегишли материаллар маълумотлари таҳлил қилинди. Экспертиза хулосалари (далолатномалари) га қўшимча равишда иш материаллари, тиббий ҳужжатлар, рентген, компьютер томография текширувлар ўрганилди. Барча ҳолатларда жароҳат олган пиёда-болалар суд-тиббий кўрикдан ўтказилиб, зарур бўлган ҳолларда қўшимча текширувлар ва тегишли соҳа малакали мутахассислари маслаҳатлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари.

Жабрланган 302 нафар болалардаги жароҳатлар таҳлили натижаларига кўра, пиёда-болаларда энг кўп учрайдиган жароҳатланишлари қўшма бош мия жароҳати 90 та ҳолатни ташкил этган, шулардан 62 тасида мия чайқалиши ва 28 тасида турли даражали мия лати ҳамда бош асос ва гумбаз суяклари синиши қайд қилинди. 12 та ҳолатда пиёда болаларда гумбаз ва асос суяклари синишидан ташқари юз суяклари синишлари (ёноқ суяклари - 6, бурун суяклари - 4, пастки жаг - 2) кузатилди. Бундан ташқари, қўшма бош-мия жароҳатларининг таркибида 5 та ҳолатида тишларнинг синиши ва чиқиши, 1 ҳолатда эса ҳатто ноғора парданинг ёрилиши ҳам қайд этилди. Ушбу маълумотлар пиёда-болаларда бош-мия жароҳатлари асосан автоҳалокатнинг 3-чи фазасида, яъни тананинг ер қопламасига йиқилишида вужудга келганидан дарак беради.

Пиёда-болаларда аниқланган мия чайқалиши ҳолатлари соғлиқни бузилиши давомийлиги асосида соғлиқни бузилишига сабаб бўлган енгил тан жароҳатлари даражасида баҳоланди. Мия лати, гумбаз, асос ва юз суяклари синишлари ҳаёт учун ҳавфлик мезони бўйича оғир тан жароҳатлари сифатида баҳоланди.

Нолетал ҳолатларда пиёда- болалар қўл – оёқ суяклари синишллари ҳам летал ҳолатлардагидек, ушбу турдаги автомобил травмаларда кўп учрайдиган жароҳат тури эканлиги аниқланди. Жабрланган пиёда-болалардаги қўл - оёқ суяклари синиши учраш частотаси, тури ва жойлашув ўрни, летал ҳолатларда 140 нафар пиёда-болаларда кузатилган қўл-оёқ суяклари синишлари натижалари билан солиштириб ўрганилди.

Нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда ўнг оёқ (9) ва чап оёқ суяклари (13), бошқа суяклар синишларига нисбатан, кўп ҳолларда содир бўлган. Ушбу маълумотлар летал ҳолатлар билан боғлиқ ўтказилган тадқиқотлар натижаларига мос келади. Сон ва болдир синиқлари уларнинг хусусияти ва жойлашувига кўра, асосан диафизар ўрта учликда кузатилди, синишлар автоҳалокатнинг 1-чи босқичида, яъни автоуловлар кузовлари ташқи буртиб чиқиб турадиган қисмлари зарбаси таъсиридан келиб чиққанлигидан далолат беради. Қўл суяклари - елка (5) ва чап билак суяклари (2) синишлар автоҳалокатнинг 3-фазасида, яъни жабрланган бола танасининг ер қопламасига тушишида юзага келишини кўрсатади, чунки бўғим ичи синишлари ва елка суяги бўйин қисми синиши йиқилиш жараёнига хос одатий ҳол ҳисобланади. Пиёда-болаларда қўл ва оёқ суяклари синишлари полиморфлиги болаларда ушбу тузилмаларнинг анатомик ва физиологик хусусиятларига боғлиқлиги билан ифодаланади.

Ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашувда нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда бош-мия жароҳатлари - мия чайқалиши, турли даражали лат ейиши ва бош суяклари (кўпинча пешона, чакка суяклар), шунингдек қўл – оёқ узун найсимон суяклари синишлари кузатилади. Нолетал ҳолатларда кўкрак, қорин ва чаноқ соҳалари аъзолари жароҳатланишлари ҳамда умуртқа-орқа мия жароҳатлари кам ҳолларда қайд этилади, чунки бу каби жароҳатланишларда кўп ҳолларда жабрланган болаларда ҳодиса жойларида летал оқибат кузатилади.

Хулоса. Нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда энг кўп ҳолларда (68,5 %) енгил даражали жароҳатланишлар ва кам ҳолларда оғир ёки ўрта даражадаги жароҳатлар кузатилади (18,6 ва 12,2%), қолган 0,7% да жароҳатлар кузатилмади. Жароҳатлар оғирлик даражаларини баҳолашнинг асосий мезонлари ҳаёт учун хавфлилик ва соғлиқнинг бузилиши давомийлиги, айрим ҳолларда – умум меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиш миқдори ҳамда аъзо ёки унинг фаолияти йўқотилиши ҳисобланади.

АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ СУД-ТИББИЙ ТАВСИФИ

Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.
Республика суд-тиббий экспертиза илмий амалий маркази Самарқанд филиали
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Турли ҳодисалар билан боғлиқ оғир қўшма жароҳатланишлардан болалар ўлими ҳамда ногиронлик ҳолатлари юзасидан кўплаб минтақалардаги вазият мураккаблигича қолмоқда. Бутун дунё миқёсида транспорт травматизми ва айнан автомобил травмалари билан боғлиқ жароҳатланишлар барча инсонлар, шу жумладан болалар жароҳатланишлар таркибида етакчи ўринда туради. Суд тиббий экспертиза мақсади учун пиёда-болаларнинг ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашуви ҳолатларида етказилган жароҳатланишлар шаклланишининг ўзига хос жиҳатлари ва механизмини баҳолаш масалалари етарлича ўрганилмаган.Шунга

кўра, автомобил травмасининг мазкур турида пиёда-болалар аъзо ва тўқималари жароҳатланишларнинг бошқа турдаги тўмтоқ жароҳатланишлардан фарқларини очиб беришга доир тизимли тадқиқотлар ўтказиш тақозо этади.

Тадқиқот мақсади. Ҳаракатдаги автомобилларнинг пиёда-болалар билан тўқнашувидаги жароҳатланишлар шаклланишининг ўзига хос жиҳатларини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Ҳаракатланаётган автомобиллар билан тўқнашув натижасида вафот этган 140 нафар пиёда-болалар жасадлари суд-тиббий экспертизалари натижалари таҳлил қилинди. Жароҳатларишларни ўрганиш ва улар механизмига баҳо беришда, автомобиллар кузовлари ташқи қисмлари, айниқса олд ва олд-ён соҳаларини бўртиб чиққан тузилмалари конструктив жиҳатлари, ўлчамлари ва ер сатхидан баландлиги инобатга олинган холда, пиёда болалар тана (бўйи) узунлиги ҳам аниқланди. Тана қисмлари тузилмалари, жарохатларининг морфологик ва морфометрик жиҳатлари ўрганишда летал оқибатларда стереомикроскопик, нолетал холларда рентгенологик ва компьютер томография текширувлардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Вафот этган пиёда – болаларда қўшма жароҳатланишлар таркибида - бош-мия жароҳатлари (78.0%), кўкрак қафаси ва аъзолари (40.6%), қорин бўшлиғи аъзолари (50,0 %) ва қўл-оёқ узун найсимон суякларининг синиши (55,0%) хамда умуртқағорқа мия жароҳатлари (25.7%) энг кўп ҳолларда кузатилди.

Бош мия тузилмалари жароҳатларида пешона ва чакка-тепа суяклари синиши устунлик қилди. Ушбу маълумотлар болаларда бош-мия жароҳатлари аксарият ҳолларда автоҳалокатнинг 3-босқичида, яъни жабрланганларнинг ер юзасига йиқилишида шаклланганликдан далолат берди.

Умуртқа-орқа мия жароҳати таркибида С ва Th соҳалари жароҳатлари кўп ҳолатда қайд этилди. С-соха тузилмалари жароҳатларида юқори умуртқаларнинг ва айнан энса-бўйин жароҳати устунлик қилди ҳамда булар синиш соҳаларда умуртқа поғоналари ва орқа миянинг тўлиқ ажралиши кузатилди. Бу эса ўз навбатида умуртқа-орқа мия жароҳатларининг АТ нинг 1-фазасида (кўкрак-бел умуртқалари жароҳатланиши) ва 2- фазасида (бўйин умуртқалари жароҳатланиши) содир бўлганлигини кўрсатди.

Пиёда-болаларда кўпинча сон ва болдир суякларининг диафизар қисми ўрта учлигида (R=0,991-0,995) ва нисбатан кам ҳолларда болдир суяклари диафизи пастки учлигидан синишлар кузатилди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, сон суякларининг синиши асосан 6 ёшдан 12 ёшгача бўйи 140,0±3,0 смдан паст бўлган болаларда, болдир суякларининг диафизар синиши эса кўпинча бўйи 140,0±3,0 смдан баланд бўлган 12-14 ёшдан ошган болаларда қайд этилди ва улар асосан парчаланиб силжиб синишлар, айрим ҳолларда – “бампер синиши” тарзида бўлиб, бу ҳолат ушбу жароҳатларнинг автоҳалокатнинг 1-фазасида шаклланганлигини кўрсатди.

Хулосалар. Ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашувда жароҳатланиши оқибатида вафот этган пиёда-болалар аъзо ва тўқималари жароҳатланиш жиҳатлари. Уларнинг анатомо-физиологик жиҳатларга боғлиқ ҳисобланади ва катта ёшли инсонлардаги бу каби жароҳатланишлардан тубдан фарқ қилади.

EFFECT OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES ON THE CONTENT IN BLOOD OF IMMUNOREGULATORY PROTEINS, IMMUNE COMPLEXES AND CYTOKINES

Shokirova S.M.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. It is generally known that the development of malignant processes is directly related to congenital defects or functional disorders of the immune system, therefore, a significant part of modern research on the pathogenesis of malignant neoplasms, including reproductive organs, is devoted to the study of the molecular mechanisms of regulation of this system. Among them, a special role is played by cytokines and their polyfunctional transporter proteins with immunomodulatory properties. These include alpha-2-macroglobulin (MG), pregnancy-associated alpha-2-glycoprotein (ABG), and lactoferrin. MG transports and modulates the synthesis of cytokines, hormones and lipids; participates in the processing and presentation of antigens; regulates the synthesis of antibodies, including tumor recognition; controls cell division and apoptosis (Birkenmeier G. 2001 / ABG - estrogen-dependent protein of the "pregnancy zone" (PZP), has pronounced immunosuppressive properties and is a reserve analogue of MG. Lactoferrin also modulates the synthesis of cytokines, transports iron and has pronounced antitumor and antiviral properties.

Modern approaches to the synthesis of combined oral contraceptive drugs are aimed at minimizing the content of the estrogenic component in them and qualitatively improving the gestagenic component while maintaining high contraceptive reliability. However, to date, the influence of modern micro- and low-dose COCs on the above parameters, which play a significant role in the pathogenesis of oncoproliferative processes, has not been analyzed.

Purpose of the study. develop an individual approach to prescribing combined oral contraceptives by assessing the effect of their intake on serum levels of macroglobulins (pregnancy-associated alpha-2-glycoprotein,

alpha-2-macroglobulin), their immune complexes, some acute phase proteins (alpha-1-antitrypsin, lactoferrin) and cytokines (IL-6, TNF-a, IL-1p, IFN-y).

Materials and research methods. To solve the set tasks, 193 women were examined, comparable in age, menstrual function, contraceptive, reproductive and somatic history. In the work, the main group of the surveyed was represented by two subgroups.

The first subgroup included 91 women (23.1 ± 0.2 years old) who took microdose COCs. The second subgroup was represented by 59 women (25 ± 0.9 years) who took low-dose COCs.

Research results. The intake of micro-dosed COCs during the first 3 months was accompanied by an increase in serum ABH levels above the permissible standard values in 69% of women. With long-term use (more than 2 years) of these drugs, this percentage remained unchanged (67%). At the same time, the average serum protein concentration progressively increased (10-17 times) only in the first 9 months of intake, then reached a plateau.

The use of low-dose COC drugs was accompanied by a significant increase in ABH levels in 80% of women who took drugs during the first 3 months (8 times), reaching 100% in those taking COCs during the year (26 times higher than the physiological norm). Longer use of low-dose COCs did not significantly change the content of this protein in the blood of women.

The change in the intake of low-dose drugs to micro-dose COCs in women with high ABH values (0.12 ± 0.022 g / l) was accompanied by a significant (0.075 ± 0.021 g / l, p <0.0001) decrease in protein concentrations already in the first 3-6 months , compared to baseline. At the same time, the effectiveness of the contraception used did not change and no side effects were identified.

The foregoing indicates that the effect on the biosynthesis of ABH may be associated with the combination of a certain type of gestagenic component with ethinyl estradiol in COC preparations. The obtained results are unusual, since in early studies it was found that pure progestational drugs do not affect the biosynthesis of ABG.

The study of the dynamics of serum ABG levels in women taking microdose preparations containing different progestogen (150 μg desogestrel or 100 μg levonorgestrel) confirmed the revealed dependence. Taking a drug containing desogestrel was accompanied by an increase in ABG above the standard values after 3 months of taking COCs in 83.3% of women, on average, 20.6 times.

Conclusions. Thus, the results of this study revealed a significant effect of taking COC preparations on the serum concentrations of the immunosuppressive protein ABG, mediated not only by the dose of the estrogenic, but also by the nature of the progestogenic component, while not leading to an excess of levels corresponding to 10-12 weeks of gestation. and not accompanied by significant changes in the content of mediators of intercellular interactions - cytokines. Therefore, taking modern COCs for one year can be classified as a safe method of contraception when taking into account the individual selection of drugs.

The patterns obtained in the work were confirmed by correlation analysis. The level of ABH in healthy women before taking COCs was in a statistically significant negative correlation dependence on the concentration of MG (r = -0.593, p = 0.0004), as well as the studied immunocomplexes (MG-Ic - r = -0.365, p = 0.047 and ABG - ^ O - r = -0.42, p = 0.033). The relationship between the levels of ABH and MG persisted in women who took microdose COC preparations for 1 year (r = -0.763, p = 0.006), as well as between ABH and ABG-IgG immunocomplexes - with longer use of microdose COCs (r = -0.727, p = 0.007) and completely disappeared in cases of taking low-dose contraceptives.

HIGH RISK PREGNANCY FOR THE DEVELOPMENT OF OBSTETRIC PATHOLOGY - HEMOSTASIS SYSTEM AND ENDOTHELIUM FUNCTION

Shokirova S.M.
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2
Andijan State Medical Institute

The urgency of the problem. In recent years, due to an increase in the age of first birth and a decrease in the general health of the Russian population, there has been a general increase in the frequency of extragenital pathology among pregnant women and, as a result, a steady increase in obstetric complications. Some of the most common extragenital diseases during pregnancy are chronic arterial hypertension (CAH), gestational diabetes mellitus (GDM), varicose veins (VD) and venous thrombotic complications. Also, a relatively frequent and no less significant pathology is pregestational diabetes mellitus (type 1, 2 diabetes) and epilepsy, including gestational epilepsy. According to the literature, the most priority theory of the common pathogenesis of obstetric complications is currently the theory of endothelial dysfunction (DE) and disorders in the hemostasis system developing against its background.

With a fairly wide range of DE markers, the data on its diagnosis are extremely contradictory. It can be assumed that it is DE and thrombophilia that develops in pregnant women against the background of extragenital pathology that provokes obstetric complications, although the literature data on this issue are scattered and contradictory. Of greatest interest in the context of DE and thrombophilia are data on the effect of various drugs on

the functional characteristics of the endothelium and the possibility of using these drugs in obstetric practice. However, there are certain tactical problems when choosing a drug for therapy. The main contradictions lie in the significance and norms of various parameters of the hemostasis system, in the preparations themselves, in the courses and dosages that affect these parameters, as well as in the clinical indications.

In connection with the growth of obstetric complications, extragenital diseases and the increasing pathogenetic role of DE and thrombophilia, it is obvious that it is necessary to create the most unified tactics for the treatment of endothelial dysfunction and pathology of the hemostasis system in patients from high risk groups for the development of obstetric complications. This study is devoted to the study of this particular problem and the creation of a therapy algorithm.

The aim of the study was to improve the course of pregnancy and perinatal outcomes in groups of patients at high risk for the development of obstetric complications by systematizing the approach to diagnostics and therapy of the hemostatic system and endothelial function.

Materials and research methods. We examined 645 pregnant women, of which 185 were included in the CAH study, 115 - in the study on type 1 diabetes, 90 - in the study on GDM, 60 - in the study on epilepsy, 150 - in the study on venous diseases of the lower extremities. The control group consisted of 70 pregnant women with the physiological course of the gestational period.

Research results. Clinical characteristics of pregnant women with type 1 diabetes. We examined 115 patients with gestational age from 22 weeks to delivery. Due to the fact that PE complicates the course of almost all pregnant women with type 1 diabetes, it was not possible to identify patients with type 1 diabetes without signs of PE. The main group (DM) included 90 pregnant women with type 1 diabetes of moderate severity in the stage of compensation, complicated by moderate PE. The comparison group (PE) consisted of 25 pregnant women with moderate PE without type 1 diabetes. The control group included 20 patients with physiological pregnancy. The average age of the examined pregnant women was 26.2 ± 0.5 years and ranged from 18 to 42 years. Heredity burdened by diabetes on the maternal side was detected in 51 (56.6%) patients of the diabetes group and in 3 (12.0%) patients in the PE group, on the paternal side - in 39 (43.3%); The “experience” of diabetes in the main group as a whole ranged from 1 to 10 years. A burdened history of PE in previous pregnancies had 20 (33.3%), 10 (40.0%) patients in the DM and PE groups, and 4 (20.0%) pregnant women in the control group. The debut of diabetes mellitus was associated with stress in 21 (23.3%) patients of the diabetes group, 69 (76.6%) - with previous infectious diseases, the rest - with nothing. The onset of the disease was manifested by hyper- or hypoglycemic coma in 22 (24.4%) patients. The onset of the disease was associated with puberty in 12 (13.3%) pregnant women.

Clinical characteristics of pregnant women with GDM. The study included 90 pregnant women from 12 weeks of gestation, who were divided into the following groups. The GDM group 1 included 50 pregnant women with non-insulin-dependent GDM. GDM group 2 consisted of 40 pregnant women with insulin-dependent GDM. The control group included 30 pregnant women with a physiological course of pregnancy. In the GDM group 1, 43 (86.0%) pregnant women had certain risk factors for the development of GDM (according to the GDM consensus, 2012). The share of women over 30 years old was especially high - 24 (48.0%). The presence of fasting hyperglycemia was noted in 24 (48.0%) patients; in addition, the percentage of overweight pregnant women was quite high - 24.0%.

The same percentage (24.0%) accounted for a history of glucosuria and gestational diabetes. In GDM group 2, almost all risk factors for the development of diabetes were significantly expressed. They were absent only in 1 (2.5%) patient. The share of women over 30 years old was 57.5% (23 pregnant women). Fasting hyperglycemia was present in 26 (65.0%) cases and was the only risk factor in 4 (10.0%) cases. Overweight was found in 32.5% (13 pregnant women), glucosuria - in 22.5% (9 patients), a family history of diabetes - in 32.5% (13), a large fetus in history - in 15, 0% (6), history of gestational diabetes in 12.5%

Conclusions. In pregnant women with CAH without PE, DE is expressed in a significant increase in the concentration of NO metabolites (12.4 ± 0.2 mmol / L), and with the development of PE against the background of CAH - in a significant sharp decrease (5.3 ± 0.21 mmol / L) compared with the control group (8.18 ± 0.72 mmol / L) ($p < 0.05$). The concentration of HC (9.1 ± 0.4 and 11.7 ± 0.27 μmol / L) and FN (849 + 13 and 866 + 11 mg / L) do not depend on the presence of PE in pregnant women with CAH, DE is manifested in their significant increase in comparison with the control group (4.2 + 0.9 μmol / L and 485 + 18 mg / L) [$p < 0.05$], which is accompanied by activation of the coagulation cascade in the vast majority of cases, with ITP and APTT have a direct dependence on the concentration of FN ($r = 0.87$ and $r = 0.82$, respectively).

The frequency of homo- and heterozygous MTHFR mutations in pregnant women with CAH (55.0%) is 2 times higher than the general population indicators for the Caucasian race and the frequency in the control group (23.3%), while the frequency of Leiden mutations (5.0%), prothrombin (2.5%) and PAM (25.0%) correspond to the average level in the population and the frequency in the control group (6.7%, 3.3% and 23.3%, respectively).

ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕИСТИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, С ВНУТРИ – И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Шамсиев Ф.М., Мовлонова Ш.С., Худайберганов М.Р.
Республиканский специализированный научно- практического медицинского центра педиатрии МЗ РУз
Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал

Актуальность. Известно, что фенотип является отражением генотипа и, следовательно, может служить некой «визитной карточкой» как самой патологии, так и предрасположенности к ней. Фенотипические признаки мало модифицируемые в течение жизни, легко выявляемы, диагностически доступны и не требуют применения дорогостоящего оборудования. Однако до настоящего времени при оценке развития внутрибольничной пневмонии фенотипические маркерные признаки не учитывались.

Методы исследования. Под наблюдением в периоде с 2017-2020 года с диагнозом: внебольничной пневмонии наблюдалось 120 детей раннего возраста, и 80 детей – с диагнозом внутрибольничной пневмонии. Контрольную группу составили 50 практически здоровых детей. Проанализированы масса-ростовые показатели рождении, группы крови АВО и Rh фактор.

Результаты исследования. У больных детей раннего возраста с внутрибольничной пневмонией масса – ростовые показатели при рождении были достоверно ниже нормы, вариация массы тела при рождении были значительно выше у детей больных с внебольничной пневмонией и детей контрольной группы. В то время как, распределение по массе и длине тела в контрольной группе здоровых детей следует нормальному закону где М- соответствует зоне «адаптивной нормы», куда входят дети со средними показателями по двум признакам (М+ 1\2 б- длина тела 0-52см, масса тела для мальчиков 3250- 3500г, для девочек 3100-2800г). Зона М- включает детей с большими массо–ростовыми показателями, М- зона включает детей с низкими массо – ростовыми показателями. Кроме этого выделено шесть дополнительных зон (Мº \M¯, Мº\М+, М¯\ Мº, М+\ М¯, М¯\ М+, М\М) куда входят дети с нарушенной корреляцией между массой и длинной тела при рождении. Сам вид каждого распределения, а также доля индивидов, попадающих в зону «адаптивной нормы» и в зоны крайними значениями признаков может характеризовать группу в целом в отношении ее загруженности патологией. Анализ детей по зонам корреляционного поля выявил, что среди детей больных с внутрибольничной пневмонией чаще встречалось дети с низкими массо–ростовыми показателями при рождении -32,5-5,3%, со средними всего -14,4±4,6%; лучшая ситуация отмечалось в группе детей больных с внебольничной пневмонией – 16,3 ±5,3% и 34,8 ±4,7%, соответственно (Р <0,05 для обеих зон); выраженное улучшение распределения показателей наблюдалось в группе контрольной группы: в зоне М¯- только 17,9± 4,7% детей.

Заключение: Таким образом, изучение массо - ростовых показателей и их распределение по зонам корреляционного поля у больных детей с внебольничной пневмонией и детей контрольной группы показало, что они находятся в пределах «адаптивной нормы», в то время как у больных детей с внутрибольничной пневмонией достоверно отличаются от таковых.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.
ГУ Республиканский Спициализированный Навучно- Пратический Медицинский Центр Травмотологии и Ортопедии (ГУ РСНПМЦТО)
г.Ташкент

Ведение: Застарелые вывихи головки лучевой костей у детей являются одним из тяжелых повреждений локтевого сустава, нередко заканчивающиеся инвалидностью ребенка. Частота встречаемости застарелых переломовывихов и вывихов составляет около 27% всех застарелых повреждений локтевого сустава. Основной причиной давности данных повреждений является трудность своевременной диагностики в остром периоде. Физиологическая разболтанность суставов, наличие нескольких ядер окостенения в области локтевого сустава, рентген негативность большинства структур, изменение сроков появления ядра окостенения, вследствие сопутствующих патологий детского возраста, низкий уровень информативности рентгенологического исследования при данных повреждениях в детском возрасте.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей путём разработки перспективных способов фиксации.

Материал и методы: В клинике детской травматологии НИИ ТО МЗ РУз за 2016 г. пролечено 23 больных с застарелыми вывихами головки лучевой кости. Мальчиков 15, девочек 8. Возраст больных от 3 до 15 лет. Превалируют правосторонние повреждения, составляя 13 случаев. Всем больным проведена рентгенография локтевого сустава. Периферические неврологические нарушения наблюдались у – 4 пациентов. У пациентов с неврологическими нарушениями проводилось ЭНМГ исследование и консультация невропатолога. Вывих головки лучевой кости с переломом проксимального конца локтевой

кости у – 5 пациентов (повреждение Брехта). Вывих головки лучевой кости с переломом средний трети локтевой кости у-2 пациентов (повреждение Монтеджи). Вывих головки лучевой кости у – 16 пациентов. Всем больным проведён артролиз и устранение вывиха с пластикой кольцевидной связки и фиксация трансартикулярными спицами. У 2 больных наложен аппарат Илизарова, 5 больным была произведена остеотомия проксимального конца локтевой кости и остеосинтез перекрестными спицами Илизарова. Отдаленные результаты изучены у всех больных, и результаты оценены по трех бальной шкале. Хорошие результаты составили 68%, удовлетворительные - 23%, не удовлетворительные – 9%.

Выводы:

1. Данные литературы и наши наблюдения подтверждают высокий процент вывихов проксимального конца локтевого сустава у детей и подростков.
2. В наших наблюдениях все больные имели застарелые вывихи головки лучевой кости, это связано с поздним обращением, ошибками диагностики, сложностью сохранения достигнутой репозиции и предотвращения вторичных смещений.
3. На сегодняшний день в нашей клинике широко используются оперативное лечение застарелых вывихов головки лучевой кости при повреждениях кольцевидной связки мы производим во всех случаях застарелых вывихов головки лучевой кости.
4. В нашей клинике применяются 4 метода хирургического лечения вывихов в замисимости от структуры повреждения костей локтевого сустава в сочетании с вывихом головки лучевой кости.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРИЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.
НИИ Травматологии и Ортопедии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, г.Ташкент

Ведение: По даннқм различнқх исследователей переломовывихи типа Монтеджи составляют около 5,5% среди всех повреждений предплечья. Несмотря на относительную редкость этих переломовывихов, роблема их лечения весьма актуальна, так как на них проходится 54,3% переломов локтевой кости, а количество неудовлетворительных результатов достигает 95%. Основными причинами плохих исходов являются: тяжесть травмы, обусловленная переломом одной или обеих костей предплечья в сочетании с повреждением локтевого сустава; диагностические ошибки, разногласия в определении показаний и противопоказаний к консервативному и оперативному лечению, методикам остеосинтеза локтевой кости; упрощенный подход к восстановительному лечению.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения повриждений Монтеджи у детей путём разработки перспективных способов фиксации.

Материал и методы: В клинике детской травматологии НИИ ТО МЗ РУз за 2016 г. пролечено 15 больных с повриждений Монтеджи. Мальчиков 9, девочек 6. Возраст больных от 3 до 15 лет. Превалируют правосторонние повреждения, составляя 10 случаев. Всем больным проведена рентгенография локтевого сустава. Периферические неврологические нарушения наблюдались у – 3 пациентов. У пациентов с неврологическими нарушениями проводилось ЭНМГ исследование и консультация невропатолога. Всем больным проведён артролиз и устранение вывиха с пластикой кольцевидной связки и фиксация трансартикулярными спицами. У 2 больных наложен аппарат Илизарова, 5 больным была произведена остеосинтез перекрестными спицами Илизарова. Отдаленные результаты изучены у всех больных, и результаты оценены по трех бальной шкале. Хорошие результаты составили 68%, удовлетворительные - 23%, не удовлетворительные – 9%.

Выводы:

1. Данные литературы и наши наблюдения подтверждают высокий процент вывихов проксимального конца локтевого сустава у детей и подростков.
2. В наших наблюдениях все больные имели застарелые вывихи головки лучевой кости, это связано с поздним обращением, ошибками диагностики, сложностью сохранения достигнутой репозиции и предотвращения вторичных смещений.
3. На сегодняшний день в нашей клинике широко используются оперативное лечение застарелых вывихов головки лучевой кости при повреждениях кольцевидной связки мы производим во всех случаях застарелых вывихов головки лучевой кости.
4. В нашей клинике применяются 4 метода хирургического лечения вывихов в замисимости от структуры повреждения костей локтевого сустава в сочетании с вывихом головки лучевой кости.

РОЛЬ ОСТЕОТОМИЯ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю. Ни Г.В.Шаматов Х.Ш. Касымов Х.А.
ГУ Республиканский Специализированный Научно- Практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии (ГУ РСНПМЦТО)

Ведение: в настоящее время последствия травм у детей являются актуальной проблемой, в том числе и осложнения перелома-вывихов в области локтевого сустава. Частота встречаемости застарелых перелома-вывихов и вывихов составляет около 26-30% всех застарелых повреждений локтевого сустава. Доминирующими элементами данной патологии являются разрыв кольцевидной связки, деформация и гипертрофия шейки лучевой кости, в том числе и неправильное сращение локтевой кости. Невправленный или не диагностированный вывих головки лучевой кости, приводит к длительному изолированному росту лучевой кости, что в условиях сустава и нарушения контакта с локтевой костью ведет к формированию деформации шейки и гипертрофии головки. Авторы указывают, что при застарелых случаях резекция или открытое вправление головки являются недостаточными. Существует резкая необходимость манипуляций, таких как корригирующая остеотомия локтевой кости, с целью увеличения пространства, устранения деформации и дальнейшего вправления лучевой кости.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей путём остеотомии локтевой кости.

Материал и методы: за период 2019-2020 гг. в отделение детской травматологии ГУ РСНПМЦТиО пролечено 25 больных с застарелыми изолированными вывихами головки лучевой кости, с повреждениями Брехта и Монтеджи. Мальчиков 15, девочек 10. Возрастные показатели равны 3-15 лет. Отмечается превалирование правосторонних повреждений, которые составили 13 случаев. Всем больным проведена рентгенография и МСКТ локтевого сустава. Пациентам изначально производилась остеотомия проксимального конца локтевой кости с последующей фиксацией перекрестными спицами. Следующем этапом операции был артролиз, устранение вывиха с пластикой кольцевидной связки и фиксация трансартикулярной спицей. У всех пациентов наложена гипсовая повязка до 5-6 недель.

Результаты: отдаленные результаты изучены у всех больных на сроке от 3 недель до 6 месяцев, и результаты оценены по трех бальной шкале. Хорошие результаты составили 68%, удовлетворительные - 23%, не удовлетворительные – 9%. Данные литературы и наши наблюдения подтверждают высокий процент вывихов проксимального конца локтевого сустава у детей и подростков. В наших наблюдениях все больные имели застарелые вывихи головки лучевой кости, это связано с поздним обращением, ошибками диагностики, сложностью сохранения достигнутой репозиции и предотвращения вторичных смещений. Считаем, что при структурных изменениях шейки и головки лучевой кости при застарелых вывихах, не проводя корригирующую остеотомию локтевой кости является невозможным.

ОФЛОКСИН 200 В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Юлдашева О.С.
Андижанского государственного медицинского института

В настоящее время инфекции, передаваемые половым путем, сохраняют выраженную тенденцию к значительному росту и распространению. Длительное малосимптомное или бессимптомное течение урогенитального хламидиоза предрасполагает к развитию осложнений, обусловливающих бесплодие, а также к поражению различных органов и систем. В этой связи лечение данного заболевания является важной задачей.

В последние годы в терапии хламидиоза используются различные антибиотики, в том числе азитромицин, рокситромицин, джозамицин, доксициклин. Представлены многочисленные свидетельства эффективности фторхинолонов.

Мы представляем результаты применения офлоксина 200 (офлоксацина) (“Leciva”). 1 таблетка, покрытая оболочкой, содержит 200 мг офлоксина. Препарат оказывает антибактериальное и бактерицидное действие путем блокирования ДНК-гиразы и остановки репликации ДНК в микробной клетке. При назначении препарат быстро и почти полностью всасывается, биодоступность составляет 96-100%. Максимальная концентрация достигается в течение 1-2 ч, связывание с белками плазмы составляет 25 период полувыведения 5-8 ч. Помимо хламидий, антибиотик активен в отношении синегнойной, гемофильней и кишечной палочки, сальмонелл менингококков, гонококхов, стафилококков, легионелл, микоплазм, гарднерелл. Показано применение препарата при инфекционных поражениях кожи и мягких тканей, почек и моче вы водя тих путей, а также урогенитальных инфекциях.

Материал и методы. Пол наблюдением находились 27 пациентов в возрасте от 14 до 62 лет. Согласно современной классификации, у всех больных имелся свежий урогениталный хламидиоз, у

мужчин по типу горпидного эндоцервицита. Никто из пациентов ранее какого- либо лечения не получал. Диагноз был подтвержден при комплексном обследовании, включавшем микроскопическое исследование, прямую иммунофлюоресцентную и ПЦР-диагностику *C. trachomatis* в соскобном материале из уретры у мужчин, из уретры и цервикального канала у женщин.

Критериями исключения из группы исследования служили анамнестические указания на аллергические реакции на антибиотики фгорхинолонового ряда, заболевания центральной нервной системы с пониженным судорожным порогом, эпилепсия, повышенная фоточувствительность, беременность, возраст менее 14 лет.

Офлоксин 200 назначали в первый день 2 раза в день, затем в течение 9 дней I раз в день. Препарат принимали за 30-60 мин до еды, запивая водой. Курс лечения 10 дней. Помимо офлоксина все пациенты изучали поливитамины.

Результаты исследования. По окончании курса лечения у всех пациентов наступило клиническое излечение. Троекратное комплексное лабораторное исследование, проводившееся по окончании курса лечения, через 7-10 дней и через 3-4 нед, признаков хламидийной инфекции не выявило.

Терапию офлоксином 200 все больные перенесли хорошо, побочных реакций ни в одном случае не отмечено. Не установлено какого-либо негативного воздействия препарата из показатели общих анализов крови и мочи.

Результаты проведенных нами исследований не противоречат ранее представленным сведениям о высокой эффективности фторхинолонов в лечении урогенитального хламидиоза. Достигнутый терапевтический эффект при неосложненных формах заболевания хорошая переносимость препарата позволяют предположить целесообразность назначения офлоксина 200 в сочетании с иммуностимулирующими средствами, физиотерапевтическими процедурами при хроническом течении урогенитального хламидиоза.

ТЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Юлдашева О.С.
Андижанского государственного медицинского института

Климактерия - это физиологический период в жизни женщины, при котором на фоне возрастных инволюционных процессов возникает гормональная перестройка всего организма. У части женщин она протекает физиологически, а у части осложняется климактерической кардиопатией.

Целью нашего исследования явилось изучение особенности течения атипического климактерического синдрома.

Для решения поставленной задачи мы произвели проспективный анализ истории болезни у **35** больных, находившихся на лечении в стационаре.

Возраст больных колебался в среднем 48±2,7 лет работающих 25%. В анамнезе у них было от 7 до 10 родов.

Всем пациентам было произведено общеклиническое исследование, включающее анализ крови, мочи, кровь на сахар, коагулограмма, холестерин крови, ЭКГ, функциональные пробы, а также были изучены женские половые гормоны.

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, бета блокаторами. Проба с нитроглицерином у всех была отрицательная, проба бета блокаторами 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.

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 кардиопатией было произведено лечение гормонами, в частности 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. Гормонотерапию данные больные принимали в течение 1 года.

Вывод. Таким образом, климактерическая кардиопатия является атипичной формой климактерического синдрома. Изменения со стороны сердечно сосудистой системы являются функциональными, что подтверждено исследованиями на ЭКГ до и после нагрузочных проб. Наиболее эффективным и препаратом выбора явился гормональный препарат Фемостон 1/5, который не имел побочных действий и оказал положительное влияние на исход и течение климатрической кардиопатии.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Юлдашева О.С.
Андижанский государственный медицинский институт

По многочисленным наблюдениям, Chlamydia Trachomatis является ведущим этиологическим агентом воспалительных заболеваний женских половых органов, приводящих к выраженным нарушениям репродуктивной функции. Частота выявления Chlamydia Trachomatis у женщин репродуктивного возраста достигает 46%, а при наличии хронического воспалительного процесса - 70%. Ежегодно в мире регистрируется около 90 миллионов новых случаев хламидийной инфекции. Это связано как с истинным увеличением числа заболевших, так и с совершенствованием методов диагностики. Распространению инфекции способствуют ограниченная информированность об особенностях этой инфекции не только населения в целом, но и многих медицинских работников.

До настоящего времени лечение генитального хламидиоза остается серьезной медицинской проблемой, зачастую требующей неоднократного курса приема антибактериальных средств.

Целью исследования явилось изучение эффективности Зитролида в лечении генитального хламидиоза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 28 женщин в возрасте от 19 до 49 лет (в среднем 37,2±1,6 года) с генитальным хламидиозом. Ни одна из пациенток ранее не была обследована и не получала лечения по поводу хламидиоза. Изучался анамнез, данные некологического осмотра, бактериоскопия влагалищных мазков, бактериальный посев из цервикального канала и результаты расширенной кольпоскопии.

В качестве лечебного средства применен азитромицин по 1 грамму трижды с интервалом в 7 дней - в 1-й, 7-й и 14-й дни. Препарат отличается высокой терапевтической активностью в отношении хламидий, характеризуется продолжительным периодом полувыведения, высоким уровнем всасывания и устойчивостью в кислой среде. Важным свойством азитромициномлечения Зитролидом. При диагностировании сочетанной бактерио-вирусной и кандидозной инфекции лечение дополняли антивирусными препаратами, антимикотиками, энзимами, десенсибилизирующей, а также иммуномодулирующей терапией.

Схема трехкратного приема азитромицина рассчитана на особенности биологии хламидий. Перерыв между приемами препарата необходим для формирования микроколоний фагоцитированных элементарных телец и подготовки их к элиминации последующей дозой препарата.

Данная схема приема Зитралида позволяет отказаться от существующих длительных непрерывных курсов приема антибиотиков, сопровождающихся побочными эффектами. В обязательном порядке урологом-андрологом лечение назначалось половому пратнеру.

Эффективность лечения оценивалась на основании динамики жалоб пациентки клинических признаков основного заболевания, сравнения лабораторных данныхдо и после проведенного лечения.

Результаты и обсуждение. Изучение репродуктивного анамнеза обследованных женщин показало его значительную отягощенность. Большинство пациенток – 24 (85,7%) – были повторнобеременными, повторнородящими, у 9 (32,1%) имело место вторичное бесплодие. 4 (14,3%) пациентки страдали первичным бесплодием длительностью от 2 до 5 лет. У большинства в анамнезе отмечались хронические воспалительные заболевания: матки и придатков – 19 (67,9%), шейки матки и влагалища – 25 (89,3%).

Лечение генитального хламидиоза азитромйцином показало убедительную эффективность. Критериями излеченности больных явились исчезновение болей внизу живота и выделений из половых путей. У пациенток с гиперменореей уменьшился объем теряемой менструальной крови, снизилась интенсивность болей при менструации. При кольпоскопии отмечено исчезновение отечности и гиперемии шейки матки.

Контрольное исследование антихламидийных антител класса G через 1,5 месяца после лечения показало снижение их уровня в 2,5-3 раза по сравнению с исходными у 96,4% больных (у 27 из 28). Повторное обследование данной пациентки через 2 недели также подтвердило эффективность лечения по снижению уровня Ig G.

Практически у всех 28 обследованных отмечены отрицательные результаты ПЦР-диагностики на Chlamydia Trachomatis. Кроме того, все пациентки отметили большое удобство в использовании данного

препарата в лечении. Трехкратный прием азитромицинас интервалом в 7 дней был предпочтителен как для самой пациентки, так и для полового партнера.

Таким образом, азитромицина является высокоэффективным противохламидийным средством, удобным в применении, позволяющим добиться клинического выздоровления с полной элиминацией возбудителя.

Обязательным условием эффективного лечения генитального хламидиоза является прием препарата обоими партнерами, в противном случае возможна реинфекция и появляется необходимость в повторном курсе терапии.

ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Юнусов Д.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Ранние клинические проявления дыхательных расстройств, связанные с разными причинами у новорожденных детей, достаточно однотипны: раздувание крыльев носа, втяжение податливых участков грудной клетки, тахипноэ, цианоз носогубного треугольника. При нарастании дыхательной недостаточности у многих детей, как с РДС, так и с пневмонией отмечается затрудненное шумное дыхание, асинхронное участие в акте дыхания грудной клетки и передней брюшной стенки (дыхание по типу «качелей»), нарастает цианоз.

Обеспеченность витамином D плода и новорожденного напрямую зависит от содержания витамина D у матери. Концентрация основной транспортной формы витамина D - 25-гидроксихолекальциферола (25(OH)D) в пуповинной крови ребенка составляет 50–80% от уровня 25(OH)D в крови его матери независимо от срока гестации. Широкой распространенностью дефицита витамина D среди беременных женщин объясняется и высокий уровень дефицита витамина D у новорожденных и детей первых месяцев жизни.

Цель исследования. Изучить особенности течения синдрома дыхательных расстройств у недоношенных детей с различным гестационным возрастом в разных условиях обеспеченности витамином D.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ 20 историй развития новорожденного (ф. 097/у), родившихся от матерей с дефицитом витамина D. Забор венозной крови на определение уровня витамина D у беременной женщины с риском преждевременных родов проводился при госпитализации в отделение патологии беременных.

В исследование были включены недоношенные дети, родившиеся при сроке гестации 32 нед.- 36 нед. 6 дней, требующие проведения различных методов респираторной поддержки в родильном зале, в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Результаты исследования. Недоношенные дети, родившиеся от матерей с дефицитом витамина D, также имеют дефицит витамина D в венозной крови и требуют проведения коррекции дефицитного состояния. В большинстве случаев рождения недоношенных детей указанного гестационного возраста требовалось проведение респираторной терапии сразу после рождения, продолжение которой требовалось и при нахождении ребенка в ОРИТН. Примерно половине детей требовалась инвазивная ИВЛ в родильном зале, а 1/3 недоношенным требовалось повторное введение сурфактанта через 6 ч. после рождения.

Вывод. Решение важной задачи - сопоставление развития СДР у недоношенных детей различного гестационного возраста с обеспеченностью витамином D - позволит проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития СДР.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Юнусов Д.М.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Витамин D является ключевым звеном в регуляции костного метаболизма, а также обеспечивает множество некальциемических эффектов, в том числе снижение частоты острых респираторных заболеваний, повышение нейропластического и когнитивного потенциала. Снижение двигательной активности, низкая мобильность, белково-энергетическая недостаточность (БЭН), длительный прием антиконвульсантов создают предпосылки для формирования низкого статуса витамина D у детей с церебральным параличом (ЦП).

О проблемах с приемом пищи и нарушениях ассимиляции нутриентов при детском церебральном параличе (ДЦП) на протяжении последних 50 лет неоднократно сообщалось в работах исследователей из различных стран. Общеизвестно, что проблемы с приемом и утилизацией пищи могут сопровождаться нарушениями нутритивного статуса, направленность которых, может быть, диаметрально противоположной, то есть у пациентов с ДЦП встречаются как мальнутриция, так и ожирение.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D пациентов с ЦП.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет, отобранных методом случайной выборки из группы детей с ЦП.

Результаты исследования. Обеспеченность витамином D оценивалась по уровню кальцидиола [25(OH)D] в сыворотке крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Адекватный уровень витамина D определялся при концентрации 25(OH)D 30–70 нг/мл, недостаточность - при 20–29 нг/мл, дефицит - при 19–10 нг/мл, выраженный дефицит - менее чем при 10 нг/мл.

Оценка физического развития пациентов проводилась по специализированным шкалам для детей с ЦП (L.Westbom с соавт., 2011).Степень БЭН устанавливалась по коэффициенту стандартных отклонений (SDS) индекса массы тела (J.Waterlow, 1992).

Пациенты с БЭН различной степени составили 1-ю группу (n = 27). Из них БЭН тяжелой степени имели 16 чел. (> -3,0 SDS), средней - 9 чел. (-2,1…-3,0 SDS), легкой степени - 3 чел. (-1,1…-2,0 SDS). 2-я группа пациентов с ЦП (n = 23) не имела БЭН. Четверо детей в 1-й группе (15%) имели выраженный дефицит витамина D, 7 (26%) - дефицит, 1 (4%) - недостаточность. У 2 пациентов (9%) 2-й группы определялся выраженный дефицит витамина D, у 7 (17%) - дефицит, у 2 (9%) - недостаточность.

Вывод. Оценка уровня обеспеченности витамином D необходима всем пациентам с ЦП независимо от их нутритивного статуса, с коррекцией до нормального уровня для повышения эффективности реабилитационных мероприятий, снижения риска развития остеопении.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АЁЛЛАРДА БИВ НИ КИРИТИШНИНГ АСОРАТЛАРИНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ТАХМИН ҚИЛИШ УЧУН ПРОГНОСТИК ХАРИТАНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Ҳозирги вақтда бир қатор соматик касалликларни ташхислаш ва башорат қилиш учун ҳисоблаш услублари ишлаб чиқилди, аммо туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВни киритиш билан боғлиқ асоратларнинг ривожланиши ҳақида ҳеч қандай тахмин мавжуд эмас.

Бизнинг фикримизча, асоратнинг олдини олишда турли прогностик мезонларни таққослаш йўли билан туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВни жойлаштирилиши асоратларининг ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Байес эҳтимоллик услубига асосланган Е.Н. Шиганнинг тартибга солинган интенсив кўрсаткичлари (ТСИК) усулидан фойдаланиб, прогностик матрицалар анамнезга ва клиник симптомларга мувофиқ ишлаб чиқилди.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВ ни киритишнинг асоратларини ривожланишини тахмин қилиш учун прогностик харитани ишлаб чиқишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Прогностик жадвални тузиш учун, кутилган ҳодисанинг солиштирма кўрсаткичлари энг муҳим омилларни баҳолаш йўли билан олинган. Омилларнинг аҳамияти ва уларнинг даражалари нисбатан хавф кўрсаткичи (R) ёрдамида аниқланди. Ушбу индикатор ҳар бир индивидуал омил бўйича максимал интенсивлик даражасининг индикатори (c) минимал (d) га нисбатини кўрсатади (*R=c/d*).

Агар омил таьсир қилмаса, унда у 1 га тенг бўлади. R даражаси қанчалик юқори бўлса, унинг патология пайдо бўлишидаги аҳамияти шунча юқори.

Усулнинг моҳияти шундаки, одатий интенсив кўрсаткичлар ўрнига ТСИК ишлатилади, бу қуйидаги формула билан ҳисобланиши мумкин: *N=r/M*, бу ерда: N тартибга солинган интенсив кўрсаткич (ТСИК), r – 100 нафар текширувчиларга ТЛ ва С интенсив кўрсаткичи, M – "нормаллаштириш кўрсаткичи".
Бундай ҳолда нормаллаштирувчи қиймат сифатида бутун тадқиқот бўйича асоратнинг ўртача частотаси (100 текширилганларга) қабул қилинади.

Масалан, БИВга эга аёлларда асоратлар сони (r) 46,7, НП асоратлар эса 54,5 ни ташкил этди. Барча текширилганлар орасида бу кўрсаткич 51,0 ни ташкил қилди. Ушбу қиймат "нормаллаштирувчи" индикатор (M) сифатида қабул қилинди. Масалан, БИВга эга аёлларда асоратлар сони (r) 46,7, НП асоратлар эса 54,5 ни ташкил этди. Барча текширилганлар орасида бу кўрсаткич 51,0 ни ташкил қилди. Ушбу қиймат "нормаллаштирувчи" индикатор (M) сифатида қабул қилинди.

Юқоридаги формулага мос қийматларни алмаштириш йўли билан биз қуйидаги тартибга солинган интенсив кўрсаткичларни қўлга киритдик: аёлларда ТСИК1 = 46.7/51.0=0.934, асоратлар билан эса ТСИК2 = 54.5/51.0=1.069. Нисбий хавф индекси (R) = 1.032 / 0.934 = 1.167.

Хулоса.Худди шундай, барча бошқа хавф омиллари учун ТСИК ҳисобланган. Олинган натижалар бошланғич стандарт бўлиб, унинг ёрдамида туғруқдан кейин турли муддатларда БИСкиритилган аёлларда алоҳида омил ва уларнинг комплекслари билан асоратларнинг ривожланиш хавфини комплекс баҳолаш мумкин.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНГ ТАЪСИР МЕХАНИЗМИ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Спиралнинг контрацептив таъсири бачадон бўшлиғидаги сперматозоидалар фаоллигининг пасайиши ёки ўлимини таъминлайди (мис қўшилиши сперматотоксик таъсирни кучайтиради) ва бачадон бўшлиғига кирган сперматозоидларни ўзлаштирадиган макрофаглар фаоллигини оширади.

Левоноргестрел билан спиралдан фойдаланганда гестаген таъсирида сервикал мукуснинг қалинлашиши сперматозоидларнинг бачадон бўшлиғига ўтишига тўсқинлик қилади.

Бачадон ичи контрацепция воситаси ҳайз давринг исталган кунида ҳомиладорлик йўқлигига ишонч билан киритилиши мумкин, аммо буни ҳайз бошланган кундан бошлаб 4-8-кунларда қилиш мақсадга мувофиқдир. Спирал ҳомиладорликни сунъий равишда тугатгандан сўнг ёки туғруқдан 2-3 ой ўтгач, сезарйен сўнг эса - 5-6 ойдан илгари юборилиши мумкин. Спирал киритилгунга қадар беморга мумкин бўлган контрендикацияларни аниқлаш, гинекологик текширувни ўтказиш ва микрофлорани аниқлаш учун қиндан, цервикал каналдан, сийдик чиқариш каналини бактериоскопик текширувдан ўтказиш ва софлик даражасини аниқлаш керак.

Изланиш мақсади. Бачадон ичи воситасининг таъсир механизмини ўрганишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Туғруқдан кейин даврда БИС киритилиши билан боғлиқ ножўя таъсирлар кўпроқ анамнезида ҳайз цикли бузилган, ремиссия давридаги сурункали КЧАЯК ва БИС киритишга қарши кўрсатмалар инобатга олинмаганда келиб чиқади (10).

БИС киритилиши билан боғлиқ асоратларни биз 2- гуруҳга бўлиб олдик: БИС киритилаётган вақтдаги асоратлар ва БИС бачадон ичида мавжудлигидаги асоратладир.

БИС киритилаётганда бачадон бўйни йиртилиши учинчи гуруҳдаги 1 (2,3%) аёлда учради, оз миқдорда қон кетиш биринчи гуруҳдаги БИС йўлдошдан кейин киритилган 4 нафар (10,8%) аёлда учради, бачадон перфорацияси 3- гуруҳдаги 1 нафар эндометриод бачадон бўлган (2,3%) аёлда учради.

Йўлдош тушгандан кейин БИС киритилган аёлларда ҳайз цикли ўртача 5,2 + 0,8 ойдан сўнг тикланди. Ҳайз вақтида оғриқ синдроми 19 нафар (51,4%) аёлда, ҳайз қонининг ҳажми ва муддатининг узайиши 22 нафар (59,5%) аёлда учради ва камқонликка сабаб бўлди. Йўлдошдан кейин БИС киритилганда энг кўп асорат 13 (35,1%) нафар аёлда, туғруқдан кейин 48 соат ичида 14 нафар (29,8%) аёлда, 40 кундан кейин киритилганда 4 нафар (9,1%) аёлда экспульсия кузатилди. Яллиғланиш асоратлари 15 нафар (40,5%) аёлда, кутилмаган ҳомиладорлик эса 2 нафар (5,4%) аёлда учради. Шуни таъкидлаш керакки, БИС туғруқдан сўнг йўлдош тушгандан кейин киритилганда асоратлар энг юқори кўрсаткичда кузатилди.

Ҳомиладорлик охирига келиб аёллар кейинги режалаштирилмаган ҳомиладорликдан сақланиши учун онгли тайёр бўладилар, шунинг учун йўлдош туғилиши билан 10 дақиқа ичида БИС киритиш тезкор контрацептив самара бериб, баъзи бир перорал контрацептивлар сингари лактацияга таъсир қилмайди.

Хулоса. Шундай қилиб, спиралдан фойдаланган аёлларда фойдали микроорганизмларнинг 1,5 баравар камайиши кузатилди - лактобактериялар ва бифидобактериялар; шартли равишда патоген микрофлоранинг ўсиши - стафилококклар, корйнебактериялар, энтеробактериялар, фусобактериялар, пептококклар, пептострептококклар билан ифлосланишнинг кучайиши, қиндан бўшатилиш пҳ кучайиб, лактобактерияларнинг ўсиши учун ноқулай шароитлар яратган [25]. Лактобактериялар ва бифидобактерияларнинг антагонистик таъсирининг йўқлиги патоген ва фурсатчи микроорганизмларнинг қўшимча ўсишига олиб келади ва инфекциянинг кўтарилиб бориши учун шароит яратади

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА ОЛДИНИ ОЛИШ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Ҳозирги вақтда БИВ Бутун дунё бўйича режалаштирилмаган ҳомиладорликдан сақланиш бўйича 2 –ўринда туради ва қарийб 150 млн аёл контрацепциянинг бу усулидан фойдаланади.

Шунинг учун ҳам контрацепциянинг ушбу усулининг асоратлари кўп. Бизнинг таҳлилларимиз натижасида эса БИВ Ўзбекистонда контрацепция ичида 1-ўринни эгаллаши билан юқоридаги статистик маълумотлардан фарқ қилди.

Адабиётларда БИВ асорати қайта туққанларда биринчи туққанларга нисбатан камроқ учраши айтиб ўтилган. Бизнинг тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, аксинча қайта туққанларга(63%) нисбатан биринчи туққанларда(37%) камроқ учраши аниқланди.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврдаги аёлларда бачадон ичи воситасинининг асоратлари ва уларнинг замонавий усулларини қўллаган ҳолда олдини олиш чораларини излаш ва уларни амалиётга кенг тадбиқ этишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Бизнинг кузатишларимизда асосий гуруҳда оператив аралашувлардан сўнг 8 нафар (32%) беморга қўйилган, туғруқдан сўнг 40 кун ичида 7 нафар (28%) беморга, менструациянинг 4-5 кунларида 6 нафар (24%) беморга ва лактация вақтида энг кам, яъни 4 нафар (16%) беморга қўйилган, шунинг учун кўплаб асоратларга сабаб бўлган. Назорат гуруҳида БИВ асосан менструациянинг 4-5 кунларида қўйилган (16 нафар беморда), туғруқдан сўнг ва оператив аралашувлардан сўнг бирорта ҳам беморга қўйилмаган. Шунинг учун асоратлар деярли учрамаган.

Ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишлатиладиган воситалар контрацептив воситалар деб аталади. Контрацепция оилани режалаштириш тизимининг ажралмас қисмидир ва туғилиш даражасини тартибга солишга, шунингдек, аёлларнинг соғлиғини сақлашга қаратилган. Биринчидан, ҳомиладорликнинг олдини олишнинг замонавий усулларидан фойдаланиш гинекологик патология, тушиш, оналар ва перинатал ўлимнинг асосий сабаби сифатида аборт қилиш частотасини камайтиради.

Иккинчидан, контрацептив воситалар ҳомиладорликнинг бошланишини, турмуш ўртоқларнинг соғлиғига, туғилиш оралиғига, болалар сонига ва бошқаларга боғлиқлигини тартибга солишга хизмат қилади. Учинчидан, баъзи бир контрацептив воситалар неоплазмалар, генитал органларнинг яллиғланиш касалликлари, постменопозал остеопорозга қарши ҳимоя хусусиятларига эга, бир қатор гинекологик касалликлар - бепуштлик, тухумдонлар апоплексияси, ҳайз даврининг бузилиши ва бошқалар билан курашишда кучли ёрдамчи бўлиб хизмат қилади.

Хулоса. Эмизикли аёл учун контрацепция усули овқатланиш тартибига ва туғруқдан кейин ўтган вақтга боғлиқ. Узоқ муддатли эмизиш билан боғлиқ бўлган аменорея туғилишни табиий тартибга солишда катта рол ўйнайди. Шундай қилиб, асосан эмизикли аёлларнинг деярли ярмида (48%) ҳайз кўриши эмизишнинг иккинчи йилида, 37% да - йилнинг иккинчи ярмида ва атиги 7% - 6 ой ичида тикланади.

Бироқ, замонавий олимларнинг ишларида эмизиш, туғруқдан кейинги аменорея ва "лактацион бепуштлик" даври деб аталадиган даврда катта фарқлар мавжуд. Тухумдонларнинг фаоллигини тиклаш туғруқдан кейинги ўтган вақтга боғлиқ. Аменорея ва бепуштликнинг давомийлигини биринчи навбатда белгилайдиган омилларга эмизиш давомийлиги, овқатланиш тезлиги ва давомийлиги, қўшимча овқатларни киритиш вақти, онанинг овқатланиш хусусиятлари, шунингдек географик, ижтимоий ва маданий хусусиятлар киради.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАЛАРИ ҚЎЙИШГА КЎРСАТМА ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Инсонлар ҳомиладорликни юз йил олдин ҳам, беш юз йил олдин ҳам назорат қилишга интилган, аммо бунинг усуллари ишончсиз бўлган ва бу борада кенг танлов ҳам мавжуд бўлмаган. Ҳозирда эса ҳомиладорликдан сақланишнинг кўплаб йўллари бор.

Бачадон ичи воситаси (БИВ) контрацепция воситалари ичида энг кенг тарқалган усуллардан бири бўлиб, стерилизациядан сўнг 2- ўринда туради.

Бачадон ичи воситалардан фойдаланганда ҳам асоратлар, ҳам кирувчи ножўя таъсирлар пайдо бўлиши мумкин. Бачадон ичи воситаларини киритиш билан бачадон тешилиши (0,2%) каби асоратларнинг ривожланиши мумкин.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврда бачадон ичи воситалари қўйишга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни эрта аниқлаш, уларнинг самарадор усулларини қўллаган ҳолда даволашдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Бачадон ичи воситасини қўллаш ички жинсий органларнинг яллиғланиш касалликлари пайдо бўлиши билан бирга бўлиши мумкин (16-18%). Бундан ташқари, спирал билан оғриган аёлларда ҳайз давридаги ўзгаришлар кўпинча қайд этилади, бу алгоменорея, гиперполименорея, айниқса контрацептив воситаларни қўллашнинг биринчи ойларида (27-40%) намоён бўлади. 3-4 йилдан сўнг, интраутерин воситалардан фойдаланиш фонида аёллар эндометриял гиперпластик жараёнларини ривожлантириши мумкин, бу эса ҳайз кўриш ҳажмининг ошишига олиб келади.

Тўсатдан пайдо бўлган ва кучли оғриқ бачадон деворларининг спирал томонидан тешилганлигидан дарак беради. Бу каби асоратнинг учраш частотаси 0,5 % ни ташкил этади. Перфорация одатда аниқланмайди, фақатгина спирални олиб ташлашнинг имкони бўлмагандагина шубҳа қилинади. Тўлиқ перфорация рўй берган вақтда зудлик билан лапроскопия ёки лапаротомия ўтказиш керак бўлади.

Бачадон ичи восита (БИВ)лари кенг тарқалган усулларининг бири бўлиб ҳисобланади. Республикамизда истиқомат қилувчи туғруқ ёшидаги аёлларнинг деярли 60 фоизи айнан шу контрацепсия воситасидан фойдаланишни афзал кўради. Дунёда эса қарийб 85 миллион аёллар БИВ дан фойдаланади. БИВ турли ашёлардан ишлаб чиқарилади.

БИВ асоратларининг учраш кўрсаткичи қуйидагича:эрта асоратлардан, бачадон девори перфорацияси -54%(12 нафар), БИВнинг бачадон деворига ўсиб кириши -14%(3), кичик чаноқ органларидан қон кетишлар – 9%(2 нафар), кичик чаноқ органлари яллиғланиш касалликлари -23%(6 нафар) беморда кузатилса, кечки асоратлардан, дисменорея – 76%(16 нафар), бачадондан ташқари ҳомиладорлик –8%(2 нафар), бачадон бўйнидаги ўзгаришлар - 36%(9 нафар) ҳолатларда кузатилди. Бундан ташқари 58% ҳолатда қорин бўшлиғида, 25% ҳолатда сийдик пуфагида, 17% ҳолатда тухумдонда атипик жойлашуви кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, бачадон тешилиши, бачадон ичи воситасининг транслокацияси, йирингли тубо-псевдотуморал, пелвиоперитонит, тос аъзоларининг бошқа юқумли ва яллиғланиш касалликлари ривожланишининг камдан-кам ҳолатларига қарамай, акушер-гинеколог спирални қўллашнинг ушбу салбий оқибатлари эҳтимолини билиши керак.

БАЧАДОН ИЧКИ ВОСИТАЛАРИ (СПИРАЛ) АФЗАЛЛИКЛАРИ, КАМЧИЛИКЛАРИ ВА БОШҚА ХУСУСИЯТЛАРИ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Бачадон ичи восита (БИВ)лари кенг тарқалган усулларнинг бири бўлиб ҳисобланади. Республикамизда истиқомат қилувчи туғруқ ёшидаги аёлларнинг деярли 60 фоизи айнан шу контрацепция воситасидан фойдаланишни афзал кўради.

Дунёда эса қарийб 85 миллион аёллар БИВ дан фойдаланади. БИВ турли ашёлардан ишлаб чиқарилади.

Ҳозирги кунда жаҳон амалиётида 3 хил БИВ қўлланилади:

Инерт ашё (пластмассадан тайёрланган) БИВ лар.

Таркибида мис ўрамаси бўлган БИВлар.

Таркибида гормон (асосан прогестинли) бўлган БИВлар.

Изланиш мақсади. Бачадон ички воситалари афзалликлари, камчиликлари ва бошқа хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Туғруқдан кейинги бир йил ичида ҳомиладорликнинг бошланиши ҳомиладорликдаги асоратлар хавфининг сезиларли даражада ошиши билан бирга келади: ўз-ўзидан аборт қилиш, муддатидан олдин туғилиш, плацента етишмовчилиги, ҳомила ўсишининг сустлиги синдроми. 5 ёшгача бўлган болалар ўлими хавфи туғилиш ва кейинги ҳомиладорлик ўртасидаги 12 ойдан кам бўлган даврда максимал бўлади, 24 ойлик интервал билан 13% га, 36 ойлик ораликда 25% га камаяди.

Текширувларимизда ўтказилган демографик таҳлилларга кўра, туғруқдан кейинги аёлларнинг 95% (0 дан 12 ойгача) яқин 24 ой ичида ҳомиладор бўлишдан сақланишни истайди, аммо бу аёлларнинг 70%

контрацепция усулини қўлламайди. Илмий изланишимиз маълумотларига кўра, кесарча кесиш билан туққан аёлларнинг атиги 48 фоизи кейинги туғруқни режалаштиради ва беморларнинг 69 фоизи 3 йиллик кесарча кесиш ўртасидаги оптимал интервалгача сақланишни хоҳлайди.

Овуляция ва ҳомиладорликнинг бошланиши ҳайз давринг тикланишидан олдин мумкин, бу, афсуски, туғруқдаги барча аёлларга маълум эмас. Контрацепциянинг самарали ва хавфсиз усуллари нафақат режадан ташқари ҳомиладорлик ва унинг тугатилишининг олдини олишга, балки туғруқдан кейин она танасини тўлиқ тиклашга ва концепциядан олдин зарурий тайёргарликни амалга оширишга имкон беради.

Хулоса. Юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, туғруқдан кейинги даврда контрацепция аёлларнинг умумий ва репродуктив саломатлигини сақлаш учун жуда муҳимдир.

Бироқ, баъзи мамлакатларда туғруқдан кейинги контрацепция воситаларидан фойдаланиш жуда кенг тарқалган эмас, аёлларнинг тахминан 1/4 қисми, туғилгандан кейин 1 йил ичида ҳомиладорликни тўхтатиш учун тиббиёт муассасаларига мурожаат қилишади. Таққослаш учун, АҚШда 77,9-89,9% аёллар туғруқдан кейинги контрацепциянинг самарали усуллари билан қамраб олинган.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАЛАРИ ҚЎЙИШГА КЎРСАТМАЛАР ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Инсонлар ҳомиладорликни юз йил олдин ҳам, беш юз йил олдин ҳам назорат қилишга интилган, аммо бунинг усуллари ишончсиз бўлган ва бу борада кенг танлов ҳам мавжуд бўлмаган. Ҳозирда эса ҳомиладорликдан сақланишнинг кўплаб йўллари бор.

Бачадон ичи воситаси (БИВ) контрацепция воситалари ичида энг кенг таркалган усулларидан бири бўлиб, стерилизациядан сунг 2- ўринда туради.

Бачадон ичи воситалардан фойдаланганда ҳам асоратлар, ҳам кирувчи ножўя таъсирлар пайдо бўлиши мумкин. Бачадон ичи воситаларни киритиш билан бачадон тешилиши (0,2%) каби асоратларни ривожланиши мумкин.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврда бачадон ичи воситалари қўйишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни эрта аниқлаш ва уларни самарадор усулларни қўллаган ҳолда даволашдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Бачадон ичи воситани қўллаш ички жинсий органларнинг яллиғланиш касалликлари пайдо бўлиши билан бирга бўлиши мумкин (16-18%). Бундан ташқари, спирал билан оғриган аёлларда ҳайз давридаги ўзгаришлар кўпинча қайд этилади, бу алгоменорея, гиперполименорея, айниқса контрацептив воситаларни қўллашнинг биринчи ойларида (27-40%) намоён бўлади. 3-4 йилдан сўнг, интраутерин воситалардан фойдаланиш фонида аёллар ендометриял гиперпластик жараёнларни ривожлантириши мумкин, бу еса ҳайз кўриш ҳажмининг ошишига олиб келади.

Тўсатдан пайдо бўлган ва кучли оғриқ бачадон деворларининг спирал томонидан тешилганлигидан дарак беради. Бу каби асоратнинг учраш частотаси 0,5 % ни ташкил этади. Перфорация одатда аниқланмайди, фақатгина спирални олиб ташлашнинг имкони бўлмагандагина шубҳа қилинади. Тўлиқ перфорация рўй берган вақтда зудлик билан лапроскопия ёки лапаротомия ўтказиш керак бўлади.

Бачадон ичи восита (БИВ)лари кенг тарқалган усулларининг бири бўлиб ҳисобланади. Республикамизда истиқомат қилувчи туғруқ ёшидаги аёлларнинг деярли 60 фоизи айнан шу контрацепсия воситасидан фойдаланишни афзал кўради. Дунёда эса қарийб 85 миллион аёллар БИВ дан фойдаланадилар. БИВ турли ашёлардан ишлаб чиқарилади.

БИВ асоратларини учраш кўрсаткичи қуйидагича:эрта асоратлардан, бачадон девори перфорацияси -54%(12 нафар), БИВни бачадон деворига усиб кириши -14%(3), кичик чанок органларидан кон кетишлар – 9%(2 нафар), кичик чанок органлари яллигланиш касалликлари -23%(6 нафар) беморда кузатилса, кечки асоратлардан, дисменорея – 76%(16 нафар), бачадондан ташкари хомиладорлик –8%(2 нафар), бачадон буйнидаги узгаришлар - 36%(9 нафар) холатларда кузатилди. Бундан ташкари 58% холларда корин бушлигида, 25% холларда сийдик пуфагида, 17% холатда тухумдонда атипик жойлашуви кузатилди.

Хулоса. Шундай қилиб, бачадон тешилиши, бачадон ичи воситасининг транслокацияси, йирингли тубо-псевдотумораль, пелвиоперитонит ва тос аъзоларининг бошқа юқумли ва яллиғланиш касалликлари ривожланишининг камдан-кам ҳолатларига қарамай, акушер-гинеколог спирални қўллашнинг ушбу салбий оқибатлари эҳтимолини билиши керак.

БАЧАДОН ИЧКИ ВОСИТАЛАРИ (СПИРАЛ) АФЗАЛЛИКЛАРИ, КАМЧИЛИКЛАРИ ВА БОШҚА ХУСУСИЯТЛАРИ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Бачадон ичи восита (БИВ)лари кенг тарқалган усулларининг бири бўлиб ҳисобланади. Республикамизда истиқомат қилувчи туғруқ ёшидаги аёлларнинг деярли 60 фоизи айнан шу контрацепсия воситасидан фойдаланишни афзал кўради.

Дунёда эса қарийб 85 миллион аёллар БИВ дан фойдаланадилар. БИВ турли ашёлардан ишлаб чиқарилади.

Ҳозирги кунда жаҳон амалиётида 3 хил БИВ қўлланилади:

Инерт ашё (пластмассадан тайёрланган) БИВ лар.

Таркибида мис ўрамаси бўлган БИВлар.

Таркибида гормон (асосан прогестинли) бўлган БИВлар.

Изланиш мақсади. Бачадон ички воситалари афзалликлари, камчиликлари ва бошқа хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Туғруқдан кейинги бир йил ичида ҳомиладорликнинг бошланиши ҳомиладорликдаги асоратлар хавфининг сезиларли даражада ошиши билан бирга келади: ўз-ўзидан аборт қилиш, муддатидан олдин туғилиш, плацента етишмовчилиги, ҳомила ўсишининг сустлиги синдроми. 5 ёшгача бўлган болалар ўлими хавфи туғилиш ва кейинги ҳомиладорлик ўртасидаги 12 ойдан кам бўлган даврда максимал бўлади, 24 ойлик интервал билан 13% га, 36 ойлик ораликда 25% га камаяди.

Текширувларимиздан ўтказилган демографик таҳлилларга кўра, туғруқдан кейинги аёлларнинг 95% (0 дан 12 ойгача) яқин 24 ой ичида ҳомиладор бўлишдан сақланишни истайди, аммо бу аёлларнинг 70% контрацепция усулини қўлламайдилар. Илмий изланишимиз маълумотларига кўра, кесарча билан туққан аёлларнинг атиги 48 фоизи кейинги туғруқни режалаштирмоқдалар ва беморларнинг 69 фоизи 3 йиллик кесарча ўртасидаги оптимал интервалгача дош беришни истайдилар.

Овуляция ва ҳомиладорликнинг бошланиши ҳайз даврининг тикланишидан олдин мумкин, бу, афсуски, туғруқдаги барча аёлларга маълум эмас. Контрацепциянинг самарали ва хавфсиз усуллари нафақат режадан ташқари ҳомиладорлик ва унинг тугатилишини олдини олишга, балки туғруқдан кейин онанинг танасини тўлиқ тиклашга ва концепциядан олдин зарурий тайёргарликни амалга оширишга имкон беради.

Хулоса. Юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, туғруқдан кейинги даврда контрацепция аёлларнинг умумий ва репродуктив саломатлигини сақлаш учун жуда муҳимдир.

Бироқ, баъзи мамлакатларда туғруқдан кейинги контрацепция воситаларидан фойдаланиш жуда кенг тарқалган эмас, аёлларнинг тахминан 1/4 қисми, туғилгандан кейин 1 йил ичида ҳомиладорликни тўхтатиш учун тиббиёт муассасаларига мурожаат қилишади. Таққослаш учун, АҚШда 77,9-89,9% аёллар туғруқдан кейинги контрацепциянинг самарали усуллари билан қамраб олинган.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА ОЛДИНИ ОЛИШ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Ҳозирги вақтда БИВ Бутун дунё буйича режалаштирилмаган Ҳомиладорликдан сақланишда 2 –ўринда туради ва қарийб 150 млн аёл контрацепциянинг бу усулидан фойдаланади.

Шунинг учун ҳам контрацепциянинг ушбу усулининг асоратлари кўп. Бизнинг таҳлилларимиз натижасида эса БИВ Ўзбекистонда контрацепция ичида 1-ўринни эгаллаши билан юқоридаги статистик маълумотлардан фарк килди.

Адабиётларда БИВ асорати кайта тукканларда биринчи тукканларга нисбатан камрок учраши айтиб ўтилган. Бизнинг тадкикот натижалари шуни курсатдики, аксинча кайта тукканларга(63%) нисбатан биринчи тукканларда(37%) камрок учраши аникланди.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврдаги аёлларда бачадон ичи воситасинининг асоратлари ва уларни замонавий усулларни қўллаган ҳолда олдини олиш чораларини излаш ва уларни амалиётга кенг тадбиқ этишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Бизнинг кузатишларимизда асосий гуруҳда оператив аралашувлардан сунг 8 нафар(32%) беморга куйилган, тугрукдан сунг 40 кун ичида 7 нафар(28%) беморга, менструациянинг 4-5 кунларида 6 нафар(24%) беморга ва лактация вактида энг кам, яъни 4 нафар(16%) беморга куйилган ва шунинг учун куплаб асоратларга сабаб булган. Назорат гуруҳида БИВ асосан менструациянинг 4-5 кунларида куйилган (16 нафар беморда), тугрукдан сунг ва оператив аралашувлардан сўнг бирорта хам беморга куйилмаган. Шунинг учун асоратлар деярли учрамаган.

Ҳомиладорликнинг олдини олиш учун ишлатиладиган воситалар контрацептив воситалар деб аталади. Контрацепция оилани режалаштириш тизимининг ажралмас қисмидир ва туғилиш даражасини тартибга солишга, шунингдек, аёлларнинг соғлиғини сақлашга қаратилган. Биринчидан, ҳомиладорликнинг олдини олишнинг замонавий усулларидан фойдаланиш гинекологик патология, тушиш, оналар ва перинатал ўлимнинг асосий сабаби сифатида аборт қилиш частотасини камайтиради.

Иккинчидан, контрацептив воситалар ҳомиладорликнинг бошланишини, турмуш ўртоқларнинг соғлиғига, туғилиш оралиғига, болалар сонига ва бошқаларга боғлиқлигини тартибга солишга хизмат қилади. Учинчидан, баъзи бир контрацептив воситалар малигн неоплазмалар, генитал органларнинг яллиғланиш касалликлари, постменопозал остеопорозга қарши ҳимоя хусусиятларига эга, бир қатор гинекологик касалликлар - бепуштлик, тухумдонлар апоплексияси, ҳайз давринг бузилиши ва бошқалар билан курашишда кучли ёрдамчи бўлиб хизмат қилади.

Хулоса. Эмизикли аёл учун контрацепция усули овқатланиш режимига ва туғруқдан кейин ўтган вақтга боғлиқ. Узоқ муддатли эмизиш билан боғлиқ бўлган аменорея туғилишни табиий тартибга солишда катта рол ўйнайди. Шундай қилиб, асосан эмизикли аёлларнинг деярли ярмида (48%) ҳайз кўриши эмизишнинг иккинчи йилида, 37% да - йилнинг иккинчи ярмида ва атиги 7% - 6 ой ичида тикланади.

Бироқ, замонавий олимларнинг ишларида эмизиш, туғруқдан кейинги аменорея ва "лактацион бепуштлик" даври деб аталадиган даврда катта фарқлар мавжуд. Тухумдонларнинг фаоллигини тиклаш туғруқдан кейинги ўтган вақтга боғлиқ. Аменорея ва бепуштликнинг давомийлигини биринчи навбатда белгилайдиган омилларга эмизиш давомийлиги, овқатланиш тезлиги ва давомийлиги, қўшимча овқатларни киритиш вақти, онанинг овқатланиш хусусиятлари, шунингдек географик, ижтимоий ва маданий хусусиятлар киради.

БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНГ ТАЪСИР МЕХАНИЗМИ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Спиралнинг контрацептив таъсири бачадон бўшлиғидаги сперматозоидалар фаоллигининг пасайиши ёки ўлимини таъминлайди (мис қўшилиши сперматотоксик таъсирни кучайтиради) ва бачадон бўшлиғига кирган сперматозоидларни ўзлаштирадиган макрофаглар фаоллигини оширади.

Левоноргестрел билан спиралдан фойдаланганда гестаген таъсирида сервикал мукуснинг қалинлашиши сперматозоидларнинг бачадон бўшлиғига ўтишига тўсқинлик қилади.

Бачадон ичи контрацепция воситаси ҳайз давринг исталган кунида ҳомиладорлик йўқлигига ишонч билан киритилиши мумкин, аммо буни ҳайз бошланган кундан бошлаб 4-8-кунларда қилиш мақсадга мувофиқдир. Спирал ҳомиладорликни сунъий равишда тугатгандан сўнг ёки туғруқдан 2-3 ой ўтгач, сезарйен сўнг эса - 5-6 ойдан илгари юборилиши мумкин. Спирал киритилгунга қадар беморга мумкин бўлган контрендикацияларни аниқлаш, гинекологик текширувни ўтказиш ва микрофлорани аниқлаш учун қиндан, цервикал каналдан, сийдик чиқариш каналини бактериоскопик текширувдан ўтказиш ва софлик даражасини аниқлаш керак.

Изланиш мақсади. Бачадон ичи воситасининг таъсир механизмини ўрганишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Туғруқдан кейин даврда БИС киритилиши билан боғлиқ ножўя таъсирлар кўпроқ анамнезида ҳайз цикли бузилган, ремиссия давридаги сурункали КЧАЯК ва БИС киритишга қарши кўрсатмалар инобатга олинмаганда келиб чиқади (10).

БИС киритилиши билан боғлиқ асоратларни биз 2- гуруҳга бўлиб олдик: БИС киритилаётган вақтдаги асоратлар ва БИС бачадон ичида мавжудлигидаги асоратладир.

БИС киритилаётганда бачадон бўйни йиртилиши учинчи гуруҳдаги 1 (2,3%) аёлда учради, оз миқдорда қон кетиш биринчи гуруҳдаги БИС йўлдошдан кейин киритилган 4 нафар (10,8%) аёлда учради, бачадон перфорацияси 3- гуруҳдаги 1 нафар эндометриод бачадон бўлган (2,3%) аёлда учради.

Йўлдош тушгандан кейин БИС киритилган аёлларда ҳайз цикли ўртача 5,2 + 0,8 ойдан сўнг тикланди. Ҳайз вақтида оғриқ синдроми 19 нафар (51,4%) аёлда, ҳайз қонининг ҳажми ва муддатининг узайиши 22 нафар (59,5%) аёлда учради ва камқонликка сабаб бўлди. Йўлдошдан кейин БИС киритилганда энг кўп асорат 13 (35,1%) нафар аёлда, туғруқдан кейин 48 соат ичида 14 нафар (29,8%) аёлда, 40 кундан кейин киритилганда 4 нафар (9,1%) аёлда экспульсия кузатилди. Яллиғланиш асоратлари 15 нафар (40,5%) аёлда, кутилмаган ҳомиладорлик эса 2 нафар (5,4%) аёлда учради. Шуни таъкидлаш керакки, БИС туғруқдан сўнг йўлдош тушгандан кейин киритилганда асоратлар энг юқори кўрсаткичда кузатилди.

Ҳомиладорлик охирига келиб аёллар кейинги режалаштирилмаган ҳомиладорликдан сақланиши учун онгли тайёр бўладилар, шунинг учун йўлдош туғилиши билан 10 дақиқа ичида БИС киритиш тезкор контрацептив самара бериб, баъзи бир перорал контрацептивлар сингари лактацияга таъсир қилмайди.

Хулоса. Шундай қилиб, спиралдан фойдаланган аёлларда фойдали микроорганизмларнинг 1,5 баравар камайиши кузатилди - лактобактериялар ва бифидобактериялар; шартли равишда патоген микрофлоранинг ўсиши - стафилококклар, корйнебактериялар, энтеробактериялар, фусобактериялар, пептококклар, пептострептококклар билан ифлосланишнинг кучайиши, қиндан бўшатилиш пҳ кучайиб, лактобактерияларнинг ўсиши учун ноқулай шароитлар яратган [25]. Лактобактериялар ва бифидобактерияларнинг антагонистик таъсирининг йўқлиги патоген ва фурсатчи микроорганизмларнинг қўшимча ўсишига олиб келади ва инфекциянинг кўтарилиб бориши учун шароит яратади

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АЁЛЛАРДА БИВ НИ КИРИТИШНИНГ АСОРАТЛАРИНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ТАХМИН ҚИЛИШ УЧУН ПРОГНОСТИК ҲАРИТАНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

Юсупова У.М.
2 – Акушерлик ва гинекология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш. Хозирги вақтда бир қатор соматик касалликларни ташҳислаш ва башорат қилиш учун ҳисоблаш услублари ишлаб чиқилди, аммо туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВни киритиш билан боғлиқ асоратларнинг ривожланиши ҳақида ҳеч қандай тахмин мавжуд эмас.

Бизнинг фикримизча, асоратнинг олдини олишда турли прогностик мезонларни таққослаш йўли билан туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВни жойлаштирилиши асоратларининг ривожланиши учун хавф омилларини аниқлаш муҳим ҳисобланади. Байес эҳтимоллик услубига асосланган Е.Н. Шиганнинг тартибга солинган интенсив кўрсаткичлари (ТСИК) усулидан фойдаланиб, прогностик матрицалар анамнезга ва клиник симптомларга мувофиқ ишлаб чиқилди.

Изланиш мақсади. Туғруқдан кейинги даврда аёлларда БИВ ни киритишнинг асоратларини ривожланишини тахмин қилиш учун прогностик ҳаритани ишлаб чиқишдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Биз ўз олдимизга қўйган вазифани бажариш учун АВПМга мурожаат қилиб келган ва БИВ қўйилган аёллардан жами 68 нафарини танлаб олдик ва бу изланишларимизни 2020-2021йилларда олиб бордик.

Изланиш натижалари. Прогностик жадвални тузиш учун, кутилган ҳодисанинг солиштирма кўрсаткичлари энг муҳим омилларни баҳолаш йўли билан олинган. Омилларнинг аҳамияти ва уларнинг даражалари нисбатан хавф кўрсаткичи (R) ёрдамида аниқланди. Ушбу индикатор ҳар бир индивидуал омил бўйича максимал интенсивлик даражасининг индикатори (c) минимал (d) га нисбатини кўрсатади (*R=c/d*).

Агар омил таьсир қилмаса, унда у 1 га тенг бўлади. R даражаси қанчалик юқори бўлса, унинг патология пайдо бўлишидаги аҳамияти шунча юқори.

Усулнинг моҳияти шундаки, одатий интенсив кўрсаткичлар ўрнига ТСИК ишлатилади, бу қуйидаги формула билан ҳисобланиши мумкин: *N=r/M*, бу ерда: N тартибга солинган интенсив кўрсаткич (ТСИК), r – 100 нафар текширувчиларга ТЛ ва С интенсив кўрсаткичи, М – "нормаллаштириш кўрсаткичи".
Бундай ҳолда нормаллаштирувчи қиймат сифатида бутун тадқиқот бўйича асоратнинг ўртача частотаси (100 текширилганларга) қабул қилинади.

Масалан, БИВга эга аёлларда асоратлар сони (r) 46,7, НП асоратлар эса 54,5 ни ташкил этди. Барча текширилганлар орасида бу кўрсаткич 51,0 ни ташкил қилди. Ушбу қиймат "нормаллаштирувчи" индикатор (М) сифатида қабул қилинди. Масалан, БИВга эга аёлларда асоратлар сони (r) 46,7, НП асоратлар эса 54,5 ни ташкил этди. Барча текширилганлар орасида бу кўрсаткич 51,0 ни ташкил қилди. Ушбу қиймат "нормаллаштирувчи" индикатор (М) сифатида қабул қилинди.

Юқоридаги формулага мос қийматларни алмаштириш йўли билан биз қуйидаги тартибга солинган интенсив кўрсаткичларни қўлга киритдик: аёлларда ТСИК1 = 46.7/51.0=0.934, асоратлар билан эса ТСИК2 = 54.5/51.0=1.069. Нисбий хавф индекси (R) = 1.032 / 0.934 = 1.167.

Хулоса.Худди шундай, барча бошқа хавф омиллари учун ТСИК ҳисобланган. Олинган натижалар бошланғич стандарт бўлиб, унинг ёрдамида туғруқдан кейин турли муддатларда БИСкиритилган аёлларда алоҳида омил ва уларнинг комплекслари билан асоратларнинг ривожланиш хавфини комплекс баҳолаш мумкин.

LAPAROSCOPY METHODS IN GYNECOLOGICAL PATIENTS IN HOSPITAL CONDITIONS

Yakubova O.A.
Faculty of the Department of Advanced Studies and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Introduction. Extensive data from foreign literature and an ever-increasing number of publications by domestic authors make it possible to speak with confidence, firstly, about the possible further development of operative laparoscopy as a separate field of gynecology, and secondly, about the huge prospects for improving the technique of operative laparoscopy and expanding the indications for the treatment of various diseases by laparoscopic access; and thirdly, the need for constant generalization and analysis of accumulated clinical observations.

Purpose of the study. To study the essence of a harmless and effective laparoscopic method in gynecological patients.

Materials and research methods. At the AGMI clinic, 64 diagnostic and therapeutic laparoscopies, 11 laparoscopic gynecological operations for emergency indications were performed.

Research results. Laparoscopy and operations were performed by surgeons on duty 76.4% (57 patients) laparoscopy was performed to exclude acute surgical pathology, 23.6% (18 patients) - with suspected gynecological diseases.

The pathology of the internal genital organs was detected in 24 patients (32.3%), of whom 14.4% (11 patients) required surgery, in 41% of cases (31 patients), therapeutic laparoscopy was performed (draining, drainage of the abdominal cavity, introduction into small pelvis of drains and micro-irrigators), in 12% of cases (9 patients) the patients did not need surgical intervention.

Laparoscopic operations were performed for: ectopic pregnancy - 54.74% (41), rupture of the ovarian cyst, torsion of the cyst, ovarian apoplexy, hemorrhage into the cyst - 33.52% (25), inflammatory diseases of the genitals 12% (9), in addition, for perforation of the uterus, torsion of the fallopian tubes, hemoperitoneum after laparotomy operations.

The volume of operations was chosen according to the rules of surgery and gynecology. Tubectomies, adnexectomies, endoscopic hemostasis, resection of the fallopian tubes with the formation of a salpingostomy, coagulation of foci of endometriosis, salpingostomies, cystectomies, ovarian resections, drainage of the abdominal cavity, including through a colpostomy, were performed.

The duration of the operations was 12-50 minutes, on average 24.4 minutes, the duration of anesthesia was 15- 57 minutes, on average 27.5 minutes. The stay of the patients in the hospital was 5-9 days (on average, 5.3 bed-days).

When comparing these characteristics with the group of patients operated on by laparotomic access (with the same indications for surgery), the indicators were: duration of operations from 45 minutes to 1 hour 35 minutes (on average 1 hour 15 minutes), duration of anesthesia from 45 minutes to 1 hour 35 minutes (on average 1 hour 20 minutes), patients stay in the hospital from 8 to 18 days, on average 11.3.

Conclusions. Thus, we consider it expedient to use laparoscopy in urgent gynecology for diagnostic and therapeutic purposes. This method of diagnosis and treatment is effective, low-traumatic, allows a woman to quickly restore her reproductive function, and is also cost-effective, as it shortens the period of a woman's stay in the hospital and on sick leave.

ASSESSMENT OF LAPAROTOMY AND ENDOSCOPIC SURGERY FOR VARIOUS GYNECOLOGICAL PATHOLOGIES

Yakubova O.A.
Faculty of the Department of Advanced Studies and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Recent years have been characterized by the widespread introduction of endoscopic methods into clinical practice, which make it possible to improve both the diagnosis and treatment of many gynecological diseases.

Initially, laparoscopy was used only for diagnostic purposes. A large number of works devoted to laparoscopic semiotics of gynecological diseases have been published abroad and in our country.

Gradually, with the advent of more modern equipment and instruments in the arsenal of endoscopists, such as fiber optics, xenon light sources, endovideo cameras, laparoscopic access has become more and more widely used for the surgical treatment of gynecological diseases.

Objective of the study: to assess the degree of trauma of operations performed by various approaches in gynecology.

Research methods: 140 women were examined who underwent surgical treatment by laparoscopic and laparotomy access. The postoperative course was assessed according to the scale of surgical intervention. The following parameters were taken into account (temperature response, pain response, physical activity, intestinal peristalsis, urination, clinical blood parameters, level of average weight molecules) were evaluated according to a point (0.1.2 points) system. A mild degree of trauma is from 0 to 4 points, an average degree is from 5 to 9 and a severe one is from 10 to 14 points. The indications for surgery were the following diagnoses: endometriosis, tumors and tumor-like formations of the uterus and appendages. The average age of the patients was 36.2 ± 0.4 years.

Results of the study: when using the laparoscopic approach, a mild degree of trauma was detected in 85% of cases, an average degree - in 15%. When using the laparotomy approach (similar gynecological pathologies), a mild degree of trauma was found in 8.3% of patients, an average degree in 60%, and a severe one in 31.7%.

Conclusions: The laparoscopic approach of surgical intervention is more gentle and gentle compared to the laparotomy approach. Patients after laparoscopic operations are active, do not experience pain and problems with urination. For such a contingent of women, early work capacity and social rehabilitation begins.

IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA

Yakubova O.A.
Faculty of the Department of Advanced Studies and Retraining obstetrics and gynecology doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Myoma of the uterus is one of the most pressing problems of gynecology due to the widespread prevalence and "rejuvenation" of this disease, as well as the negative impact that this pathology has on the health and reproductive function of women.

Although conservative therapies are relatively effective, surgical treatment of uterine fibroids continues to be the leading one. At the same time, despite the antimicrobial prophylaxis (AMP) carried out according to modern standards, in a number of cases, surgical intervention is accompanied by the occurrence of postoperative infectious and inflammatory complications. In this regard, the issues of pathogenesis, diagnosis and therapy of uterine fibroids deserve close attention.

Purpose: optimization of endoscopic operations in patients with uterine myoma and anemia using Epocrin in preoperative preparation.

Materials and research methods. We examined 55 patients with uterine myoma and anemia, combined with various gynecological pathologies. The average age of the patients was 35.6 + 0.3 years.

Research results. The method of operative access in the first group, consisting of 27 patients, was laparoscopy, in the second group of 28 patients - laparotomy. In the first and second groups, 28 women in the preoperative period underwent traditional antianemic therapy (iron supplements, vitamins), the remaining 27 patients used Epocrine in combination with traditional treatment.

The calculation of the dose and the duration of the drug use were carried out individually under the dynamic control of clinical and laboratory studies. The drug was administered subcutaneously at the rate of 200 units / kg of body weight. To assess the effectiveness of therapy, a study was carried out on a clinical blood test, the activity of erythropoietin in the blood serum, indicators of iron metabolism (serum iron, transferin, ferritin). Particular attention was paid to the increase in hemoglobin, hematocrit and blood pressure.

The analysis of the obtained results showed that in women, in the preoperative period of which the drug Epocrine was used, there is a clear and stable normalization of the indicators of the state of erythron.

Conclusions: Epocrin is an effective and well-tolerated drug, which in the preoperative period allows to correct the state of anemia in patients with uterine fibroids.

III -JARROXLIK

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГГ

Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Турсунов Д.М., Жалолов О.К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Андижанский филиал
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Материалы анализа заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований представляются крайне важными для совершенствования специализированной, в настоящее время все чаще высокотехнологичной, онкологической медицинской помощи населению Андижанской области. Предпринятое нами изучение уровня и структуры смертности населения Андижанской области от злокачественных новообразований за период 2016-2018 г. позволит в дальнейшем разработать план мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи онкологическим пациентам и гарантирующих высокое качество и доступность этого вида медицинской помощи.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями проведен по данным, содержащимся в ежегодной отчетной форме № 007 статистического отдела регионального филиала центра онкологии и радиологии Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения. В 2016 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 37,6 случая на 100 тыс. населения. Среди основных причин смертности от злокачественных новообразований женского населения Андижанской области в 2016 г. первое место занимал рак молочной железы – 9,8 на 100 тыс. женского населения (30 %), на втором месте оказались опухоли шейки матки – 5,9 на 100 тыс. женского населения (17,9%), на третьем месте находился рак желудка – 3,2 на 100 тыс. женского населения (9,8%). В 2017 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 35,9 случая на 100 тыс. населения. Среди ведущих причин смертности от злокачественных новообразований женского населения Андижанской области в 2017 г. первое место занимал рак молочной железы – 6,6 на 100 тыс. женского населения (9,2 % от всех злокачественных новообразований, ставших причиной смерти женщин), на втором месте оказались опухоли шейки матки – 5,0 на 100 тыс. женского населения (7,0%), на третьем месте находился рак пищевода – 2,3 на 100 тыс. женского населения (3,2%). В 2018 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 33,7 (на 6,1% ниже чем 2017 г) случая на 100 тыс. населения. Среди основных причин смертности от злокачественных новообразований женского населения Андижанской области в 2018 г. первое место занимал рак молочной железы – 7,2 на 100 тыс. женского населения (19,5 %), на втором месте оказались опухоли шейки матки – 5,7 на 100 тыс. женского населения (15,5 %), на третьем месте находился рак желудка – 3,2 на 100 тыс. женского населения (8,8%).

Заключение. По полученным результатам можно сделать заключения о том, что заболеваемость с «топовыми» нозологиями среди женского населения Андижанской области ежегодно возрастает. С одной стороны это является негативным, но смертность от этой недуги ежегодно снижается, в результате правильного ведения и внедрения скрининговых программ направленных на раннее выявление лидирующих опухолей у женщин.

ELECTROPHORESIS WITH MUMIYO IN A TREATMENT COMPLEX PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE

Abdukadirova D.T., Xolmatov R.I., Sotvoldiyev M.M.
Andijan State Medical Institute

Purpose of the study. Analysis of the use of electrophore- for with mumiyo in the complex of treatment of patients with osteochondrosis lumbar spine.

Material and research methods. We have analyzed 168 patients were treated in neurological medical and physiotherapy departments with lesions the peripheral nervous system, including the lumbar sacral osteochondrosis: primary - 33 and secondary -61, with sciatica - 54, with sciatic nerve neuritis - 20. The age of the patients is from 20 to 60 years, the duration of the disease is from 1 years up to 16 years. All patients are diagnosed at the clinic nervous diseases. Results and its discussion. Primary patients with acute course (sciatica, plexalgia, acute pain in the lumbar spine) were prescribed electrophoresis mumiyo from the first day of admission. With 4-5 sessions of treatment, patients have strong the pains disappeared, the volume of active movements slightly increased Xia, the patients became active. From 4-5 days of admission to the com-Plex treatment was prescribed in addition to exercise therapy and massage. Of 62 patients in 36 on the 8th day the pain completely disappeared, patients considered themselves practically healthy, in 13 patients after sessions, the pain disappeared, and in 14 patients the pain lasted until 12-14 days. Patients with secondary lumbosacral osteochondrosis (107 patients with severe course,

along with physical antiinflammatory drugs were prescribed as therapeutic body, dehydration and vitamin therapy. Them laid on a shield and in the first days were appointed diadinam-chemical currents with mumiyo from both poles.In all cases, the current strength is dosed at the maximum level minimally accessible. And for 4-5 days of the disease, they were prescribed pilaf procedures, massage exercise therapy, developed by prof. Ep-fan (2014) with some individualization. In patients who received the above procedures, the first reduction sharp pains occurred in 52 patients on days 4-6 and in 42 on the 8-10th day, in 6 patients on the 12th day. During these periods, the patients they considered themselves to be practically healthy. They could freely walk and complete treatment in the physiotherapy department.Physiotherapy procedures were prescribed for patients with sciatica. The first days - electrophoresis of mumiyo 4% in combination with heat vy procedures (paraffin, sollux). In 18 patients from 48 pain syndrome disappeared after 3 procedures, in 23 patients after 10 procedures and in 6 patients, the pain continued for 12 days. Patients with sciatic nerve neuritis with symptoms loss from the 4th day of admission, electrophoresis was performed 4% mumiyo in combination with thermal procedures, mass press and exercise therapy. In 11 patients, after 7 procedures, there was the formation of a symptom of prolapse, and in 9 patients after 12-13 procedures. 6 patients showed recovery reflexes for 12-14 days from the day of admission. Two sick electrophoresis of apifor was carried out.

Conclusions. Analysis of the material showed that differential complex treatment of patients with lesions of the the peripheral nervous system by electrophoresis mumiyo, massage and exercise therapy gives good results that allows them to be widely used in the rehabilitation of these sick.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРАНЕФРИТЕ

Абдулазизов С.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Шадманов М.А., Хужамбердиев У.Э., Мамаризаев А.А.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Ретроспективное изучение историй болезней больных с паранефритом и выявление оптимальных методов лечения данного заболевания.

Материал и методы исследования. 15 больных, прооперированные по поводу паранефрита обширными и малоинвазивными оперативными методами в отделении урологии клиники АГМИ с 2012 по 2018 гг. Все больные разделены на две группы: 1 группа – пациенты с люмботомией (5 человек), 2 группа – пациенты, которым было проведено дренирование гнойничков паранефрия (10 человек).

Исследования показали, что в 1 группе общее состояние больных после ЭТН постепенно стабилизировалось на 3-4 сутки (в среднем), при этом снижение давления наблюдалось у 6 больных, что может косвенно указывать на большие кровопотери при ходе операции. При традиционных операциях у 2 больных наблюдался свищ, у 3 – гематурия и у 5- длительные изнуряющие послеоперационные боли. Сроки дренирования раны – 7-10 дней, накладывание асептической повязки на рану – 15-18 дней, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 3 дня, после операции – 10 дней. Выполнение эндоскопических операций [ЭО] по времени приближается к традиционным, но их выгодно отличает отсутствие кровопотери, благоприятное течение послеоперационного периода и минимальные сроки реабилитации. К тому же практически отсутствует необходимость в повторных вмешательствах. Как при ЭО, так и при ДУВЛ кровопотеря оценивается как нулевая. Сроки дренирования раны – 6-8 дней, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 2 дня, после операции – 5 дней.

Выводы.

1. ЭО можно использовать как малоинвазивные и высокоэффективные методы лечения простых форм паранефрита. Лапароскопический доступ целесообразно использовать при двусторонних паранефритах и наличии в анамнезе операции на органах забрюшинного пространства.
2. Качество жизни больных при оперативном лечении простых паранефритов в 1-е сутки лучше после мини-доступа. Кроме того, процент воспалительных осложнений и пареза кишечника после лапароскопических операций значительно выше, что делает ретропериотонический доступ более целесообразным.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ОЛИБ БОРИШ

Садикова Д.И., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А.
Жарроҳлик ва урология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳомиладорлик тош шаклланишига ҳисса қўшади ва конкрементларнинг жадал ўсиши учун қулай шароит яратади. Баъзан ҳомиладорлик клиник яширин ўтаётган сийдик тош касаллигини келтириб чиқаради. Сийдик тош касаллиги ва унинг асоратлари ҳомиладорликда оғир касаллик ҳисобланади.

Мақсад: сийдик-тош касаллиги билан оғриган ҳомиладор аёлларни репросректив таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2014 йилдан 2019 йилгача АДТИ клиникаси урология бўлимида назоратимизда ҳомиладорлик ва сийдик тош касаллиги ташхиси билан 40 нафар бемор даволанди. Уларнинг 25 нафарида 1-туғруқ, 15 нафрида эса такрорий туғруқ кузатилди.

Тадқиқот натижалари: барча беморлар клиникага буйрак санчиғи, иситма ва умумий ҳолсизликдан шикоят билан келди. Ташхис анамнез, кўрик, пайпаслаш, ультратовуш текшируви, қоннинг клиник ва биохимик таҳлили, сийдик таҳлиллари асосида қўйилди. Ультатовуш текшируви ёрдамида 24 беморда буйрак тошлари аниқланди, 16 нафар беморда сийдик найи тошлари, барча беморларда буйракларда гидронефротик трансформация кузатилди. Барча беморлар қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилди. Сийдик таҳлилида пиурия, бактериурия ва альбуминурия кузатилган.

Барча беморлар ўзига хос текширувлардан сўнг буйракларга нефростома қўйиш йўли билан дренажланди. Шундан сўнг, яъни буйраклардан сийдик оқиб чиқиши ўз ҳолига келгандан сўнг, барча беморларда тана ҳарорати нормал ҳолатга келди, оғриқлар йўқолди, умумий ҳолати яхшиланди.

Хулоса: Бизнинг клиник маълумотларимиз асосида шуни хулоса қилиш мумкинки, сийдик тош касаллиги ва ҳомиладорлик бирга келганида нефростома қўйиш йўли билан ўз вақтида сийдик оқимини тиклаш зарур.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРОКАИНА (ЛЕВОБУПИВАКАИНА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 тяжёлой (угнетение сознания, апноэ, стойкая гипотония, развитее 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 бипувакаин. 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 бипувакаином, 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 аналгезии 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 блокапо 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.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 оборотной 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, обусловливая 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 обусловливает 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.

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 электротоком 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 информационного согласия испытуемых в соответствии с этическими нормами Хельсинской Декларации (2000 г) и одобрены Локальным этическим комитетом АГМИ. Группа обследуемых пациентов находились 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 электротоком 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 сутки 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.

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ КОЖИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 [2,7,9,16,19].

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 (IIIБ-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 МаннаУитни и Вилкоксона. Результаты представлены в виде медианы (Me) с интерквартильным размахом процентилеи [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 отечного синдрома 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, не зависимо 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 [3, 4, 17].

Цитокины при иммунном ответе мало поступают в системный кровоток, а выделяются и проявляют свое действие непосредственно в очаге воспаления [15, 18]. У больных, получавших МПТ, по отношению к группе клинического сравнения, зарегистрировано снижение концентрации IL-1β 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 TNFα 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.

МАГНИТОПЛАЗМЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ

Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 (IIIБ-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 сопряженнности. 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-1β - в 2,4 раза, IL-6 - в 1,5 раза, IL-8 - в 1,6 раза, TNFα- в 1,6 раза. Интересно отметить, что в динамике у больных, получавших магнитоплазменную терапию, концентрация данных показателей также имела тенденцию к снижению: IL-1β в 3,6 раза, IL-6, IL-8 и TNFα - 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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 эндартериэктомии (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 [8,912,16]. 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 прикаротидной эндартериэктомии приводят ее следующие преимущества:

1) Высокоинформативный и простой в реализации интраоперационный нейромонито ринг, что позволяет проводить незамедлительную диагностику развивающейся церебральной ишемии во время операции. Оценивается уровень сознания, четкость речи, девиация языка, сила и возможность движения в контрлатеральных конечностях.

2) Достоверно более низкая частота тяжелых сердечно-сосудистыхнарушений 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 анестезииприкаротидной эндартериэктомии 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. Ощутив костное сопротивление иглу оттягивают и меняют направление несколько вверх и кпереди, 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.

Заключение. 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.

ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ

Абдуллаев Ж.О., Бокиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Адентия - это полное или частичное отсутствие зубов, возникающее вследствие их потери или аномалии развития зубочелюстной системы. Адентия характеризуется нарушением непрерывности зубных рядов, функции жевания и речи, косметическим дефектом. В тяжелых случаях - деформацией лицевого скелета, заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и дальнейшей утратой зубов. Адентия в стоматологии рассматривается как частный случай аномалии количества зубов. Полная врожденная адентия встречается исключительно редко. Частичная вторичная адентия обнаруживается у 45-75%, а полная - у 25% людей старше 60 лет. Адентия является не только эстетическим дефектом, но и сопровождается значительными нарушениями функционирования зубочелюстной системы, ухудшением артикуляции и дикции, желудочно-кишечного тракта, психологической дезадаптацией, изменением социального поведения человека.

Различают два вида адентии в зависимости от причин и времени возникновения:

1) Первичная (Врожденная)
2) Вторичная (Приобретенная)

А также различают в зависимости от количества потерянных зубов:

1)Частичная (Отсутствие одной или нескольких зубов)
2)Полная (Отсутствие всех зубов)

При **вторичной частичной адентии** оставшиеся зубы постепенно смещаются и расходятся. При этом в процессе жевания на них приходится повышенная нагрузка, в то время как на участках адентии подобная нагрузка отсутствует, что сопровождается деструкцией костной ткани.

Вторичной частичной адентии может осложняться патологической стираемостью зубов, гиперестезией, болью при смыкании зубов, воздействии каких-либо механических или термических раздражителей, а также образованием патологических десневых и костных карманов. При значительной частичной адентии может возникать привычный подвывих или вывих височно-нижнечелюстного сустава.

Косметические дефекты при адентии характеризуются изменениям овала лица, выраженными носогубными складками, подбородочной складкой, опущением углов рта. В случае отсутствия группы фронтальных зубов отмечается «западение» губ; при дефектах в области боковых зубов – впалость щек. У пациентов с адентией часто возникают гастриты, язвенная болезнь желудка, колиты, в связи с чем им требуется не только помощь стоматолога, но и гастроэнтеролога. Потеря зубов сопровождается снижением самооценки человека, психологическим и физическим дискомфортом, изменением социального поведения.

Дентальная имплантация - это метод лечения частичной или полной адентии, который заключается в установке титанового имплантата (искусственного корня зуба) в челюстную костную ткань с последующим восстановлением жевательной нагрузки соответствующей ортопедической конструкцией. Несъемное протезирование при полной адентии предполагает установку опорных дентальных имплантатов (мини-имплантатов), на которые затем крепится протезная конструкция. При частичной адентии в качестве опорных используются интактные или хорошо залеченные зубы. Методом выбора устранения вторичной частичной адентии является классическая дентальная имплантация с установкой коронки. Имплантация проводится только после комплексного обследования пациентов, результаты которого подробно интерпретируются врачом, и принимается решение о возможной имплантации. Часто после утраты зуба происходит атрофия костной ткани, которая не позволяет установить имплантат стандартным способом, для этого используются вспомогательные операции одномоментно с установкой имплантата или отдельно. Одноэтапная позволяет установить имплантат сразу после удаления зуба. При двухэтапной методике, имплантат устанавливается отсрочено после удаления зуба. Решить, какой вариант имплантации подойдет для конкретного пациента, можно только на приеме у специалиста. Дентальный имплантат приживается приблизительно 3-6 месяцев. По статистике, около 98% случаев зубной имплантации оказываются успешными. Небольшой процент неудач зависит от состояния здоровья пациента, и даже его вредных привычек, например, у курильщиков имплантаты приживаются хуже.

Если у пациента зуб удалили давно, то проводится такой процесс как “Sinus Lift Surgery”. Эта операция проводится ради восстановления костной ткани челюсти. Из-за долгого отсутствия зуба происходит дегенерация тканей пародонта. При этом используют коллаген регенерирующий рост костной ткани и восстанавливают пародонт. После чего уже проводятся последующие процессы.

Преимущества дентальной имплантации перед обычным протезированием:

- естественный внешний вид
- жесткая фиксация имплантатов в полости рта
- правильная речь
- сохранение анатомической целостности зубов-антогонистов
- адекватное распределение нагрузки
- сохранение естественного анатомического состояние ВНЧС

Этот метод лечения является на сегодняшний день самым продвигающимся и восстанавливает жевательную эффективность до 100% без последующий рецидивирующих процессов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ГУБКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Абдувалиев Н.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Мансурова П.Х.
Андижанская областная стоматологическая поликлиника
Кафедра хирургической стоматологии- АГМИ

Актуальность: Вопрос об эффективном надежном гемостазе в хирургической стоматологической практике является весьма актуальным, несмотря на наличие многочисленных гемостатических средств. Применение их не всегда дает должный гемостатический эффект, они плохо рассасываются и могут вызывать аллергические реакции.

Цель исследования: апробация гемостатической эффективности препарата гемостатической губки, а также времени, необходимого для стабильного местного гемостаза.

Материалы и методы: Обследованы 105 больных из них 38 мужчин и 67 женщин. Исследовались местные причины, сила возникающего кровотечения, сопутствующие заболевания организма. Под нашим наблюдением находились больные с кровотечением, возникающим вследствие атипичного проведения операции удаления зуба, с повреждением слизистой оболочки, костной ткани; с наличием анамнеза гипертонической болезни, с анамнестическим указанием на повышенную кровоточивость; с заболеванием крови; подвергнувшихся стоматологическому вмешательству.

Результаты и их обсуждения: Патология отсутствовала (анамнестически) у 32, гипертоническая болезнь наблюдалось у 27, повышенная кровоточивость - у 34, заболевание крови- у 12 больных. Кровотечение у 58 обследованных возникло вследствие операции удаления зуба, сопровождающейся травмой (повреждение слизистой оболочки костной ткани при атипичном удалении), у 22 - без травмы, у 14

- при пародонтите, у 11 - вследствие прочих стоматологических вмешательств (удаление зубного камня, повреждение десневого сосочка бором, зондом, при пломбировании зубов).

Возникновение кровотечения у больных с заболеваниям крови после операции удаления зуба с травмой наблюдалась у 6 больных. Без травмы - у 3, при парадонтите - у 3.

В день удаления зуба состояние слизистой оболочки полости рта вокруг его лунки, при соприкосновения с препаратом, гемостатическая губка не изменяется, не наступают гиперемия, изменение цвета слизистой. Лунка выполнена плотным кровяном сгустком с черноватым оттенком. В последующие дни сохраняется хорошо фиксированный сгусток. К 8-м суткам эпителиальный слой покрывает лунку, к 16-м устье лунки полностью закрывается.

Изучение эффективности применения препарата в зависимости от силы кровотечения показало, что минимальное время, затраченное на местный гемостаз, составило 15-17 с при слабом, а максимальное - 20-22 с – при интенсивном. Высокая адгезивная способность позволяет использовать препарат без тампонады лунки. Известно, что применение гемостатических средств с тампонадой лунки является дополнительным фактором возникновения повторного кровотечения при его удалении, отрицательно влияет на срок заживления лунки, кроме того, может способствовать развитию вторичного инфицирования.

Выводы: таким образом, препарат гемостатическая губка обладает высокой гемостатической эффективностью. Применение его у амбулаторных больных обеспечивало состояние стабильного гемостаза. У амбулаторных больных не наблюдалось болей, альвеолитов. Кроме того, нет необходимости в дополнительной внешней тампонаде раны.

ХИРУРГИК СЕПСИСДА СЕПТИКОПИЕМИК АБСЦЕССЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Абдуллаев Р.Н., Салахидинов С.З., Абдуллаева М.А.
Андижон давлат тиббиет интситути

Хирургик сепсис иккиламчи хасталик булиб, хозирги замонда купгина йирингли жарохатлар, йирингли хасталикларнинг асорати хисобланиб тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири булиб колмокда.Ушбу хасталикнинг жахонда эпидемиологик курсаткичлари тез кутарилиши,улим курсаткичининг ортиб кетиши сепсисга олимларнинг карашларининг бутунлай узгаришига, касалликни диагностикаси,даволаш усулларининг нихоятда такомиллашаётганидан далолат беради.. Сепсис огир умумий касаллик булиб, йирингли жарохат борлиги, 2 ва ундан ортик орган тизимларининг фаолиятини бузилиши ва тана харорати кутарилганлиги, сийдик ажалиб чикиши бузилиши (камайиши) билан кечадиган касалликдир. Америка олимларининг маълумотларига караганда, тиббиётнинг ривожланганлигига карамасдан, 1 йилда 2005 йилда 500000 одамда сепсис ташхиси куйилган,2015 йилда бу курсаткич 950000 ни ташкил этмокда, улим курсаткичи 28-32 % булиб, улардан 24-60% ида иккиламчи септикопиемик йирингли учокларнинг пайдо булиши билан кечади.

Септик шок даврида беморларнинг 47%-60% халок булади, септикопиемия даврида эса, кайта-кайта септик шок ривожланиб, бу курсатгич 64-90% гача етади.

Сепсиснинг септикопиемия даврида юмшок тукималар, ички органлар, айникса, паренхиматоз органлар, суяк илиги каби сохаларда икки ва ундан ортик иккиламчи йирингли учоклар пайдо булиши бемор умумий ахволини септик шок холатигача огирлаштиради.

Текширувлар **максади** килиб септикопиемик давридаги сепсиснинг рационал даволаш режасини ишлаб чикиш.

Вазифалар килиниб уз олдимизга септикопиемик давридаги сепсис билан хасталанган беморларда энг куп иккиламчи учоклар жойини аниклаш, уларнинг кузгатувчиларини аниклаб уларга карши даво тактикасини ишлаб чикариш ва беморларда куллаш.

Кулланилган усуллар ва олинган натижалар.Бизнинг текширувларимиз упканинг бир нечта иккиламчи абцесслари, сон,елка сохаларида септикопиемик учоклар билан асоратланган 30 та сепсис хасталиги билан беморларнинг кузатувига асосланган.Шунингдек ушбу беморларда йирингли учок чикитидан кузгатувчи микро-организмни аниклаш учун йиринг сепилиб ва кузгатувчига карши антибиотикларга сезувчанлиги аникланди.Асосан кузгатувчилар – стафилококклар(90%),ичак таёкчаси, пептококклар. Беморларни даволашда сепсиснинг даволаш асосий принциплари: рационал антибиобикотерапия, дезинтоксикацион даво, иммунотерапия, десенсибилизация, умумтаъсир килувчи даволаш комплекси ишлаб чикилди. Антибиотиклардан ровамицин, цефоласпоринлар III авлоди, иммунотерапия –стафилакоккга карши иммунланган зардоб 100 мл дан кун ора, детоксикацион даво, десенсибилизация кулланилди. Септик шок холатларида эса стероид гормонал препаратлар хам кулланилди. Беморларни озиклантиришдан тортиб, санитар-гигиеник парваришгача булган дастурлар хам ишлаб чикилиб, даволашда тадбик этилди. Беморларда даволашнинг 6–7 - кунидан бошлаб жисмоний реабилитация чоралари кулланилди – традицион нафас гимнастикалардан ташкари Тибет табобати, Йога тизими буйича нафас гимнастикалари кулланилди.

Натижада, нафакат бирламчи сепсис учоги, балки 15,5±2,1 кун давомида иккиламчи йирингли учокларнинг хам бархам топишига эришилди.

Хулоса. Шундай килиб, сепсиснинг септикопиемик учокларини рационал антибиотикотерапия, интенсив иммунотерапия, десенсибилизацион даво ва жисмоний реабилитация усулларини куллаш натижасида консерватив йул билан даволашга эришилди.

ДИАБЕТИК ЙИРИНГЛИ - НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРДА МИКРОФЛОРАНИНГ АНТИБИОТИКЛАРГА НИСБАТАН СЕЗУВЧАНЛИГИ ВА УНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИДАГИ УРНИ

Абдуллаев Р.Н., Икрамова Ф.Д., Абдуллаева М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Текширув долзарблиги: Диабетик йирингли- некротик жараёнлар хирургик инфекция хасталиклари орасида алоҳида ўрин тутади. Уни даволашда алоҳида эътибор ва мукаммал даволаш усуллари талаб қилинади. Шунинг учун диабетик йирингли- некротик жараён-ларни асоратсиз ва изчил даволаш, йирингли ажралмадан олинган суртмада микрофлора турини аниқлаш, уларни антибиотикларга сезувчанлигини текшириш натижаларига асос-ланиб даволаш жуда яхши натижа бермоқда. Ҳозирги давр талаби ва фукороларнинг ик-тисодий холатига биноан, беморларни купрок оилавий поликлиника, ҚВП шароитларида даволаш ва назорат килиш давр талабидир. Чунки биз қўллаган усул қулай бўлиб, диабе-тик йирингли- некротик жараёнларни даволашда яхши натижа бериб, асоратлари камай-ди. Бу билан бир қаторда аҳолининг иқтисодий шароити маълум натижаларни беради.

Текширув мақсади: Текширувлар диабетик йирингли- некротик жараёнларни даволаш-да чукур этиотроп - яъни йирингли жараён кузгатувчисининг антибиотикларга сезгирли-гини аниклаб даво утказиш. Ушбу максадни амалга ошириш учун олдимизга йирингли ажралмадан олинган суртмада микрофлора турини аниқлаш, уларни антибиотикларга сезувчанлигини текшириш **вазифаси** куйилди.

Материал ва текширув усуллари: Назоратимизда диабетик йирингли- некротик жараёнлар билан касалланган 90 нафар бемор ўрганилди. Диабетик йирингли- некротик жараёнларда асосий кузгатувчи микрофлоралар асосан тилларанг ва эпидермаль стафи-лококк 87%, ичак таёкчаси 9%, 2 та холатда пептококклар аникланди. Беморлардан 45 нафари (50%) Кандли диабет хасталиги билан 15-20 йилдан бери хаста асосий гурух - антибиотикларни сезувчанлиги аниклаб кулланилган, 18 (20%) нафари аёллар, 30 та бемор (30%) назорат гурухи традицион усулда бирданига кучли артибиотик кулланилган беморлар. Шуни хам айтиб утиш керакки, диабетик йирингли- некротик жараёнларни даволашда 2 хил синергик антибиотик рационал усулда кулланилди.

Текширув натижалари: Назоратимиздаги 90 нафар беморнинг асосий гурухидаги 50 та беморларда йирингли-некротик жараённинг тозаланиши,чегараланиши ва умуман де-маркацион чегаранинг пайдо булиши 90% (45) беморларда кузатилди. Аёллар гуру-хидаги ушбу холат нисбатан пастрок – 12 та (60%) беморда содир булди. Назорат гурухида эса 15 (50%) бемордагина некротик жараённинг тозаланиши,чегараланиши кузатилди. Йирингли- некротик жараёнларни даволаш учун утказилган ташрихлар хам асосий гурухда жарохатларнинг тез битишига олиб келди.

Хулосалар: 1.Диабетик йирингли - некротик жараёнларда микрофлора асосан тилларанг ва эпидермаль стафилококк хисобланади.

2.Диабетик йирингли - некротик жараёнларни этиотроп антибиотикларнинг микроорганизмларнинг сезгирлиги аникланиб кулланилиши йирингли – некротик жараёнларни даволашда танланган усул деб хисобланади.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИАНАКРИЛАТНЫХ КЛЕЕВ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ НАГНОИВЩИХСЯ ЭХИНОКОККОЗОВ ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

Абдуллаев Р.Н., Косимов А.Л., Абдуллаева М.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Частота эхинококкозов печени и легких в последнее время имеет тенденцию к росту, среди которых, осложненные, ввиде нагноений, разрывов занимают большое место. Лечение осложненных эхинококкозов является одной из актуальных проблем хирургии. Для ликвидации нагноившихся эхинококковых кист и остаточных полостей были применены механические, термические, химические, биологические методы.

Для достижения полной ликвидации полостей нами разработан новый способ ликвидации остаточной полости при нагноившихся эхинококкозах печени и легких, с применением цианакрилатных клеевых композиций Циакрин АндМос и Циакрин

АП - 1, которые были разработаны нами, совместно учеными ИНЭОС АН России.

Нами экспериментально доказывая приемлемость цианакрилатных клеев для соединения раневых поверхностей печени, почек, селезенки, кишечника и устанавливая отсутствия токсичности, местнораздражаюшего действия их на живые ткани новые клеевые композиции использованы для ликвидации остаточных, нагноившихся эхинококковых полостей при операциях на печени и легких.

С целью улучшения результатов операции при осложненных формах эхинококкоза печени и легких. **Задачей** исследования была разработка клеевого способа ликвидации остаточной полости эхинококкозов печени и легких.

Материал и методы исследования: В клинике АГМИ у 42 больных нами использован клеевый метод ликвидации остаточных полостей эхинококкозов печени и легких и получены хорошие результаты.

Операции проведены под эндотрахеальным наркозом, на легких произведена торакотомия, на печени лапаротомия по Федорову. Суть применения клеевых композиций сводилась к тому, что цианакрилатная клеевая композиция, нанесенная на раневую поверхность фиброзной капсулы остаточной полости полимеризуется под действием раневого секрета и при соприкосновении раневых поверхностей при наложении редких кисетных швов они склеиваясь соединяются между собой не оставляя остаточную полость. При операции на легких дренажную трубку оставляют в плевралной полости, а при операциях на печени такую трубку оставляют под печенью. В послеперационном периоде ни в одном случае не отмечены гнойные выделения из дренажных трубок, ультразвуковой и рентгенологический контроль за состоянием легких и печени показали, отсутствия остаточных полостей в течение 21 дня.

Обсуждения полученных результатов: Проведенные операции эхинококкэктомия печени (34 больных) и легких (8 больных) показали,что в послеперационном периоде ни в одном случае не отмечены гнойные выделения из дренажных трубок, не отмечалось повышение температуры тела, т.е. не обнаружены осложнения. При ультразвуковой и рентгенологических исследованиях в послеоперационном периоде для контроля за состоянием легких и печени показали, отсутствия остаточных полостей в течение 21 дня.

Таким образом, проведенные такие операции при нагноившихся эхинококкозах и при нагноениях остаточных полостей после эхинококкэктомии показали, что применение цианакрилатных клеев для ликвидации гнойных полостей, значительно облегчает, упрощает технику операций и послеоперационного ведения больного, допольняет недостатки метода ушивания остаточной полости а также, значительно уменьшает времени нахождения больного в стационаре.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ МЕТОДОВ СОЕДИНЕНИЯ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Васильевский Э.А., Абдуллаева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижанский государственный университет

Гемостаз и соединение ран паренхиматозных органов настоящего времени является до конца не решенной проблемой хирургии органов брюшной полости .

Целью нашей работы является разработка нового клеевого метода соединения ран паренхиматозных органов.

Задачей работы была разработка и изучение свойств нового клея медицинского назначения для применения на операциях паренхиматозных органов.

Полученные результаты и их обсуждения. Нами была разработана цианакрилатная клеевая композиция с содержанием производных пара-ферроценилфенола,которые проявляют противовоспалительную, стимулирующую заживление ран, антианемические свойства. В этой части нашей работы проведены эксперименты по изучение гемостатических, склеивающих свойств новых клеев по сравнению известными клеями типа Циакрин СО-9, МК-2,Цианобонд, Естман 910, которые являются всеми признанными и проводились изучения морфологических изменений в области клеевого соединения ткани паренхиматозных органов.

В первой серии исследований на 30 собак – дворняжках мы сравнили гемо-статические и склеивающие свойства клеев Циакрин АндМос и Циакрин СО-9,МК-2 при линейных, сквозных ранах печени, почек.

При сравнительном изучении гемостатических и склеивающих свойств исследуемых клеев выявлено, что клеевая композиция Циакрин АндМос по быстроте наступления гемостаза и склеивания ран печени в 3,5 раза превосходит клеевую композицию Циакрин СО-9 ($P < 0,001$) и в 1,5 раза превосходит МК-2 ($P < 0,005$). При сравнении показателей объема операционной кровопотери также выявлено, что объем кровопотери в 1,5 раза меньше при применении клеев Циакрин АндМос ($P < 0,005$) несмотря на то, что этот клей был использован при более обширных ранениях паренхимы печени и почек.

Наши наблюдения показали, что послеоперационный период у всех животных протекает гладко. Развитие спаечного процесса в брюшной полости, который часто имеет место при применении

известных цианакрилатных клеев МК-2, Циакрин СО- 9, МК-6, Естман 910, в наших опытах встречался только в двух случаях, в сроке через трое суток после операции и в этих случаях сращения были не массивными, в виде рыхлого сращения части большого сальника к склеенному участку печени.

Наблюдения за склеенными ранами печени и почек клеем Циакрин АндМос показали, что в сроке через 60 суток после операции макроскопические в толще послеоперационного рубца клеевый полимер Циакрин АндМос не выявлен. В последующие сроки происходит истончение послеоперационного рубца, который к концу 1 года наблюдения приобретает вид междолевой перегородки.

Микроскопическое исследование склеенного участка печени в течение 1 месяца показало, что процесс рассасывания клеевого полимера Циакрин СО-9 протекает более медленно, чем полимеры клея Циакрин АндМос, а другие процессы происходящие в области операции почти идентичны в обеих группах опыта. В этой связи в дальнейшем мы наблюдали за течением различных процессов в области склеенной раны печени и почек с применением Циакрин АндМос. Так, процесс рассасывания клеевого полимера Циакрин АндМос происходит постепенным измельчением фрагментов клея и завершается в течение двух месяцев.

Выводы: 1.Экспериментально доказано премущества новой клеевой композиции.
2.Предложен новый клеевый способ соединения ран паренхиматозных органов.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Абдуллаев Р.Н., Икрамова Ф.Д., Усманов Х.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Актульность. Парапроктит – это острое гнойно-некротическое воспаление и одно из самых распространенных проктологических заболеваний. До настоящего времени вопросы тактики лечения этого заболевания неразрешены и нередко становятся предметом острых дискуссий. Парапроктит встречается у 5 из 1000 практически здоровых людей (0,5%) и составляет 28-40% всех болезней прямой кишки.

Большинство больных с острым парапроктитом не получают своевременной достаточно эффективной хирургической помощи, длительно лечатся, надолго выбывают из активной трудовой деятельности вплоть до стойкой инвалидности в результате хронического течения неизлеченного гнойного процесса или возникновения параректального свища и рубцовой деформации промежности с недостаточностью анального сфинктера послеоперационном периоде.

Цель. Разработка и внедрение новых способов лечения острых парапроктитов различной локализации.

Задачами исследований было изучение результатов применения новых способов лечения острых парапроктитов различной локализации.

Материал, методы и результаты. Изучением архивного материала проктологического отделения клиники АГМИ за последние 5 лет установлено, что острый парапроктит сос-тавляет 55% случаев от всех ургентных общепроктологических заболеваний. Этим боль-ным радикальные хирургические вмешательства выполнялись в день госпитализации.

У 245 больных с острым парапроктитом в день поступления в клинику под общемили местным обезболиванием производили вскрытие параректального гнойника, с ликвидацией внутренного отверстия по методу института проктологии в нашей модификации. Отделяемое подвергали бактериологическому исследованию с определением чувствительности к антибиотикам и антисептическим растворам. Полость гнойника орошали раствором диоксидина или декасана, обладающими широким антимикробным спектром воздействия. Проводилась общая рациональная анти-биотикотерапия с учетом условной анаэробности возбудителей парапроктита. Самочувствие больных после вышеописанной манипуляции улучшалось, температура тела снижалась, боли стихали.

Подкожно-подслизистые и чрессфинктерные парапроктиты вскрывались в просвет кишки линейным радиальным разрезом с экономным иссечением в виде узких полосок нависающих краев раны с ликвидацией внутреннего отверстия, иссечением дна раны и пределах здоровых тканей.

В большинстве случаев (56,9% случаев) перианальная кожа ушивалась наглухо до линии Хилтона или же края кожи подшивались ко дну с обеих сторон с оставлением узкой полоски. Операции при остром парапроктите завершались рассечением или иссечением глубоких воспаленных крипт для исключения развития местных воспалительных осложнений.

У больных с гнойно-некротическим и анаэробным парапроктитом операции производились в день поступления в клинику в связи с тяжестью их состояния. Широко вскрывались гнойные полости, иссекались нежизнеспособные ткани и адекватно дренировалась рана .

В послеоперационном периоде проводились все медоты борьбы с гнилостной,анаэробной инфекцией,также использованы иммуностимуляторы, иммуномодуляторы,что позволяет организму переборот такую инфекцию.

Выводы- Таким образом, правильный выбор хирургического метода и комплекса консервативного лечения острого парапроктита ведет к радикальному их излечению.

РАК РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Абдурахмонова Ж.Т., 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 наслышан 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 визуально 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 интраэпи-телиальной 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 рост рака тела матки и рака 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.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ОТЯГОШЕННЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.А.Абдурахмонова
Кафедра повышения квалификации и переподготовки врачей эндоурологии, эндохирургии, урологии, офтальмологии и стоматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Острая одонтогенная инфекция на фоне сахарного диабета сопровождается значительными изменениями со стороны показателей неспецифической резистентности организма. Актуальность данной

проблемы обусловлена увеличением числа больных сахарным диабетом ,их наклонностью к гнойно – воспалительных процессам с тяжелым течением и возникновением феномена взаимного отягошения.

Наличие расстройства метаболизма при сахарном диабете, а также пожилой истарческий возраст пациентов определяют комплекс тяжелых сопуствующих заболеваний.

В литературе имеются сообщения, указывающие на патогенетическую связь сахарного диабета с гипертонической, кардио- и переброслерозом/2,3344. Высокая интоксикация приводит к расстройсву обменных прцессов и в первую очередь углеводного и белкового.

Интенсивное развитие гнойной хирургии, внедрение в широкую практику сильнодействующих анибактериальных препаратов не уменьшало актуальность лечения гнойно-воспалительных процессы челюстно –лицевой области и верхнего отдела шеи отягошаюшых сахарным диабетом у лиц пожилого и старческого возраста протекают атипично с тяжелыми клиническими проявлениями.

За период 1973 -1990гг. в стоматологическом отделении Андижансой областной клинической больницы оперировано 54 больных с гнойно –воспалительными процессами челюстно-лицевой области сопуствовавший сахарным диабетом .77,7/ /42 больных/до 50лет было 22,3/ /12 больных/.Мужики было-42, женщин-14.Сахарным диабетом легкой формы страдали 12 человек,средней тяжести -21 , тяжёлой -2 больных.Тяжесть воспалительного процесса по степени влияло на принципы подхода к другому важному компоненту комлексной терапии , а именно на выбор того или иного метода обшего лечения.

Мы проводили дифференцировние воспалительного процесса по степени их выраженности с учетом обшего состяния макроорганизма и на этой основе определяли ту или инуую интенсивность обшего воздействия.Для обработки хирургической тактики м разработки критериие в компенсация,оцениваюшая взаимное влияние хирургических заболеваний и сахарного диабета .При синдроме взаимного отягошения компенсации сахарного диабета редко бывают полной , следователь но ,операция у таких больных допустимо при гипергликемии от 9,9 ммоль/л.При патогенетической связи между сахарным диабетом и гнойно –воспалительными процессами челюстно-лицевой области основной тактической установкой должно быть стремление к проведению операции и снижению уровня гликемии.

Наличие у больных сахарным диаабетом знаачительного числа сопуствующих заблеваний определило необходимость тщательного пред и послеоперационного исследования.Таким больным помимо и углеводного обмена прроводились исследования крови и мочу.ЭКГ, ретгеноскопия грудной клетки , При выявлении сопуствующих патологических состояний боьные консультировались эндокринологом, терпевтом,после чего проводили соответствующие терапевтические мероприятия.В послеоперацинном периоде в зависимости от возраста,степени диабета исостояния больного для активации углеводного обмена и создания запасов гликогена внутривенно вводили глюкоза-инсулино-калиевые смеси, витамины, гликотропные препараты. В послеоперационном периоде проводилась лечениепростым инсулином независимо от компенсации и типа диабета. Быстрый гипогликемизирующий эффект простого инсулина и относительно неродолжительное его действия способствовало быстрому и безопасному поддержанию нормогликемии.

По экстренным показаниям оперативные вмешательства проводились в срочном порядке в день поступления под местным обезболиванием. Подготовка к операции сотавляло 1-2 час и включала ряд диагностически и терапевтических мероприятий. У вновь поступивших боьных, особенно у лиц пожилого и старческого возраста объязательно исследовали кровь на содержание сахара, даже, если в анамнезе отсуствовало указания о наличии сахарного диабета.

При комплексном лечении больных мы включили 3 основных компонентов.

1.Хирургическое вскрытие очагов воспаления широкими разрезами и созданием доступа к очагу для эвакуации гнойноо экссудата черз вне или внутриоральным подходом в зависимости от локализации прцесса.

2.Интенсивную местную противовоспалительную терапию,направленную на копировнию экксудата и альтернативной фазы воспаления и для ускорения процессов пролиферации в ране.

3 Обшее лечение, направленное как на борьбу с возбудителями воспалительного процесса ,так и на коррекцию ех сдвигов в организме больного ,которые происходят при тяжелом ечении гнойно-воспалительных процессов.

В полеоперационном периоде проодили тшательную коррекцию углеводных нарушений под одноразовым ,круглосуточным ,ежедневным контролем показателей сахара в крови ,мочи в 38 порциях,определяли ацетона в моче.Неосложненный послеоперационный период у больных протекал достаточно однотпно.В первые 2-3 дня после операции отмечалось снижение темпертуры тела до нормальной величины.Больные после операциии придерживались обшего активного режима,что явилось ,на наш взгляд,немаловажным фактором в профилактике тромбоэмболических олсложнений.Парлельно снижению местной воспалительной реакции отмечалось нормализация показателей крови.Это соответсвовало 5-7 дню после опеации.

Выводы:

1.Сахарный диабет не является противопоказанием нетолько малым,но и большим по объему и продолжительностью по времени операции.

2.Течение сахарного диабета в послеоперационном периоде во многом зависит от степени достигнутой компенсации углеводного объема в предоперационнном периоде.

3.Сочетанные и целенаправленные местные и обшие лечебные мероприятия совокупности составлящие комплексную интенсивную терапию обеспечивают благоприятный исход и способствуют к предотвращению воспалительного процесса.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕМАТОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ И МОЗЖЕЧКА

Абдусаттаров К.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Жиянов И.А., Хайдаров У.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Травматические и гипертензивные гематомы мозжечка характеризуется острым и реже подострым течением заболевания. Неврологическая картина заболевания складывается из симптомов поражения самого мозжечка, наличия и степени выраженности компрессии и дислокации ствола мозга, наличия кровоизлияния в IV желудочек (возможно распространение крови в III и боковые желудочки), развития окклюзионной гидроцефалии. Уже при объеме гематомы 14 см^3 может развиваться компрессия и дислокация ствола мозга, а при расположении гематомы в черве – вентрикулярное кровоизлияние и окклюзионная гидроцефалия. У подавляющего числа пациентов имеется общемозговая симптоматика различной степени выраженности. Менингеальный синдром наблюдается у 88% больных. Мозжечковые симптомы в виде нистагма различной направленности и выраженности, дизартрии, атаксии, снижения мышечного тонуса на стороне гематомы выявляется тоже является характерной симптоматикой для можечковых гематом. Специфические клинические проявления поражения мозжечка и ствола головного мозга у пациентов без нарушения сознания наблюдается у 37% больных, что позволяет локализовать патологический процесс уже при первичном осмотре больного.

С внедрением в клиническую практику рентгеновской компьютерной томографии (КТ) значительно возросла выявляемость кровоизлияний в мозжечок. Применение методов нейровизуализации позволяет установить как сам факт кровоизлияния, так и его локализацию, объем внутримозговой гематомы, наличие и выраженность дислокации ствола, окклюзионной гидроцефалии, вентрикулярного кровоизлияния.

Нами наблюдались 11 больных с нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу и 4 больных травматическим переломом теменной- затылочной кости. У 11 больных в неврологическом статусе имело место наличие характерной для больных с инсультом той или иной гемиплегии. У четырех больных гемиплегии не отмечалось. Неврологическом статусе уровень сознание оценивалось по ШКГ (шкала ком Глазго) и по шкале Хант-Хесса. Всем больным производилось КТ головного мозга. В восьми случаях было кровоизлияние полушарного характера, в трех случаях мозжечкового, в пяти случаях эпидуральные гематомы. Всем больным КТ головного мозга проводилось первые 3 суток. Наличие и выраженность поперечной дислокации на уровне задней черепной ямки определяют по характеру сдавления и смещения IV желудочка. Аксиальную дислокацию оценивают по деформации околостволовых цистерн – четверохолмной и обходной.

Рентгеновская КТ является методом выбора в остром периоде кровоизлияния из-за ее высокой чувствительности к гемоглобину в этой фазе заболевания и небольшой длительности исследования. Для ранней диагностики гематом МРТ традиционно считали менее чувствительным и специфичным методом, чем КТ, так как в 1-е сутки в области гематомы дезокси- и метгемоглобин практически отсутствует, в связи с чем сигнал от кровоизлияния имеет характеристики, близкие к нормальному мозгу, и четкая визуализация гематомы затруднена. Все больные с ГИ мозжечка подлежат госпитализации. При тяжелом течении заболевания, развитии бульбарного синдрома, дыхательных нарушений, острой сердечно-сосудистой недостаточности необходима госпитализация пациента в реанимационное отделение, искусственная вентиляция легких, коррекция сердечно-сосудистых нарушений, противоотечная терапия.

МРТ МЕТОД В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Аблязов О.В., Аблязов А.А., Рашидова Ш.У.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Андижанский государственный медицинский институт

Существует представление о недостаточной эффективности МРТ метода при исследовании внутренних органов. С целью определения возможностей МРТ метода обобщены результаты обследований 67 человек с некоторыми заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства: первичный рак и метастатические поражения печени (21 чел.), гемангиома печени (15 чел.), гипернефроидный рак (14 чел.),

киста почек (12 чел.), заболевание надпочечников (5 чел.). Все больные были подвергнуты клинико-инструментальному и УЗИ обследованию. Исследование выполняли на установке “MAGNETOM OPEN VIVA” фирма “SIEMENS” (Германия) мощностью магнитного поля 0,2 тесла. Использовалось сагиттальные проекции, взвешенные по T1W и T2W, трансверзальные проекции в режиме T1W. Анализ результатов исследования показал, что диагностические возможности МРТ метода для перечисленных заболеваний в основном соответствует возможностям УЗИ. При гемангиомах печени определяется образование с четкими контурами и достаточно однородной структурой. В ряде случаев удается визуализировать подходящие к нему сосуды. На Т2-взвешенных томограммах гемангиомы имеют высокую интенсивность сигнала. На Т1-взвешенных томограммах при уменшений абсолютной величины интенсивность сигнала остается достаточно высокой. Первичные опухоли печени по интенсивности сигнала обычно незначительно отличались от интактной ткани печени. Контуры опухоли нечеткие, размытые. Метастазы в печени имели неоднородную структуру. Интенсивность сигнала была значительно ниже, чем при гемангиомах, что является важным дифференциально-диагностическим признаком. Опухоли почек на T1W чаще были изоинтенсивны. На T2W интенсивность сигнала была несколько ниже, чем от неизмененной паренхимы почек. Хотя в ряд случаев интенсивность сигнала была очень высокой. Структура образования отличалась неоднородностью, контуры его четко очертить не удавалось. Кисты почек имели характерную для кист любой локализации картину: яркий сигнал на Т2-взвешенных томограммах и низкий на Т1-взвешенных томограммах, четкие, хорошо очерченные контуры. Как правило, на МРТ метода удавалось визуализировать надпочечники и оценить не только размеры, но и состояние контуров, а также структуру.

Таким образом, приведенные данные свидетельствует о высокой информативности МРТ метода при патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Особенно высокой эффективностью обладает при диагностике гемангиом и метастазов печени. Вместе с тем, следует отметить, что по сравнении с УЗИ он имеет меньшую пропускную способность и является более дорогим. Поэтому при исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства МРТ метода следует применять только при наличии специальных показаний.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ ГАСТРИНА НА ПРИЕМ ЗАВТРАКОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Аблязов А.А., Ахмаджанова М.О., Тоджиходжаев Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

В развитие системных диагностических принципов представляют интерес выявить и сравнить постпрандиальную реакцию гастрина в сыворотке крови больных, изучить эту реакцию на прием пробных завтраков с разным набором (белковый, жировой, углеводный) в них нутриентов. У 13 здоровых лиц и у 17 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки для характеристики дифференцированности эндокринных реакций гастродуоденального комплекса в динамике до и после приема пробных завтраков в сыворотке крови определялось уровень гастрина радионуклидным инвитро методом. Результаты проведенных исследований показали, что натощак в сыворотке крови больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки содержание гастрина выше (62,6±2,6 пг/мл), чем у здоровых лиц (52,8±2,1пг/мл). Это свидетельствует о том, что в стимуляции желудочной гиперсекреции гастрин принимает активное участие. Прием пробных завтраков у больных язвенной болезнью вызывал повышение концентрации гастрина в сыворотке крови. Через 30 минут содержание гастрина на прием углеводного завтрака (У) составляет 89,4±4,9 пг/мл, на белковый завтрак (Б) 104,4±5,5 пг/мл, и на жировой завтрак (Ж) 98,2±5,0 пг/мл. У больных не только натощак, но и после приема завтраков концентрация гастрина была более высокой, чем у здоровых лиц (у здоровых У=81,3±4,1 пг/мл, Б=92,0±5,6 пг/мл, Ж=84,6±4,1пг/мл, соответственно). Анализ полученных данных показал, что у больных дифференцированность концентрации гастрина в сыворотке крови через 30 и 60 минут после приема углеводного и белкового пробных завтраков существенно меньше, чем у здоровых лиц. Дифференцированность концентраций гастрина сыворотке крови после приема углеводного и белкового пробных завтраков у здоровых выше, чем у больных в первый час и проявляется в более выраженной форме через 2 часа после приема пробных завтраков. Дифференцированность концентраций гастрина на углеводного и жирового пробные завтраки у больных проявлялось лишь на второй час после их приема, а у здоровых лиц дифференцированность реакции гастрина на эти два завтрака вообще не проявлялось. Если у больных белковый и жировой пробные завтраки по реакции гастрина не дифференцировались, то у здоровых лиц она проявлялось достаточно четко спустя 30 и 60 минут после их приема. Все это свидетельствует о сложной перестройке гастринового механизма регуляции секреции желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТИ СЕКРЕЦИИ ГОРМОНА СЕКРЕТИНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

АблязовА.А., Мадрагимова Б.Х., Тургунов Ш.Ш.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Гормон секретин синтезируется и локализуется, в основном, S-клетках, расположенних в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки.

Секреторную функцию гастродуоденального комплекса изучали путем определения в сыворотке крови секретина, как одного из гастроинтестинальных регуляторных пептидов в контрольной группе (13 чел.) и у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (17 чел.) с помошью радиоиммунологических наборов (тест набор - фирмы «DRG - International» — США). Концентрацию секретина в сыворотке крови определяли натощак и после приема углеводного, белкового и жирового пробных завтраков через 30, 60 и 120 минут. Пациенты исследовались в течении трех дней, как правило, начиная с приема углеводного завтрака, на следующей день прием белкового, затем - жирового завтраков. Определение гормонов велось согласно инструкции, предложенной тест набору.

Нам представился интерес исследовать не только базальный уровень секретина в сыворотке крови здоровых и больных лиц, но и изучить постпрандиальную реакцию на прием пробных завтраков с разным набором в них нутриентов.

У обследованных лиц контрольной группы секретин в сыворотке крови натощак варьировался в относительно узких пределах, а средние величины секретина -5,9±0,4 пг/мл соответствовал показателям, принятым по данным
литературы за норму.

У здоровых лиц прием всех трех пробных завтраков повышал концентрацию секретина в сыворотке крови. Максимальными постпра-диальными показателями секретина были показатели через два часа после приема пробных завтраков, хотя существенно повышенными они были и через 1 час после него.

Повышение уровня секретина за первые 30 минут было статически недостоверным при приеме всех завтракав ($P < 0,8$). К 60 -минуте увеличение концентрации секретина по всем пробным завтракам достоверно ($P < 0,05$) повысилась.

Анализируя полученные данные у здоровых лиц, можно заключить, что по секретину дифференцируется через 60 минут углеводный и белковый, углеводный и жировой завтраки, а через 120 минут все три завтрака, но с наибольшей достоверностью ($P < 0,01$) углеводный и белковый.

В целом можно констатировать существенные количественные и временные различия дифференцированности реакции секреции секретина на пробные завтраки разного состава.

В сыворотке крови больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки базальный уровень секретина существенно выше, чем у здоровых лиц. Это различие сохранялось и после приема пробных завтраков, составляя примерно ту его величину, которая была натощак.

Сравнительный анализ повышения концентрации секретина после приема пробных завтраков разного состава дал следующий результат: углеводный завтрак повышал секретин у больных и здоровых лиц на 60 и 120 минутах исследование, но у больных имелась выраженная тенденция к несколько большей реакции, чем у здоровых. ($P < 0,05$).

У больных прием белкового завтрака на 60 и 120 минутах давал больший прирост показателей секретина, чем у здоровых лиц ($P < 0,01$). Жировой завтрак через 30 минут вызывал незначительное повышение концентрации секретина в сыворотке крови у здоровых и больных ($P < 0,8$). На 60-й минуте четко проявлялось более выраженное повышение концентрации секретина у больных, чем у здоровых, на 120 минуте это различие было высоко достоверным ($P < 0,01$).

Полученный материал позволяет заключить, что у больных секре- тиновый механизм является более реактивным к пищевому раздражителю, чем у контрольной группы лиц. В первые 60 минут у больных дифференцированность реакций секретинового механизма была существенно выше по сравнению со здоровыми лицами при всех вариантах сравнений эффектов различных пробных завтраков. Повышенная дифференцированность реакций больных еще более выражено проявилась на 120 - й минуте после приема разных пробных завтраков.

ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Адашев А.И., Садикова Д.И., Саттаров А.Н., Туланов С.Ш.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить результаты литолитической терапии с уратным литиазом с недренированной почкой.

Материалы и методы исследования. У 55 пациентов выяснялся характер питания, были исследованы осадок мочи, pH мочи, состояние обменного статуса. После этого пациенты соблюдали вышеуказанную диету в течение недели. Далее в течение недели пациентам рекомендовалось только измерение средних показателей кислотности мочи (без соблюдения диеты). В случае стабилизации показателей кислотности мочи в пределах 6,2-6,8 данным пациентам рекомендовалось дальнейшее соблюдение диеты, в случае невозможности коррекции кислотности мочи в вышеуказанных пределах дополнительно к диетотерапии назначалась терапия цитратными смесями.

Результаты исследования. При поступлении в осадке мочи у 43 (78,2%) пациента были выявлены соли мочевой кислоты, у 12 (21,8%) в осадке мочи солей не выявлено. Средние показатели кислотности мочи следующие: у 49 (89,1%), 51 (92,7%), 47 (85,4%) больных была выявлена кислая реакция мочи - до 6,0 в утреннее, дневное и вечернее время соответственно. Лишь у 4 (7,3%) пациентов средние показатели кислотности мочи составляли 6,2 и более.

Через месяц после проведения литолитической терапии у 44 (80,0%) пациентов удалось добиться коррекции показателей обменных нарушений.

При изучении характера питания было выяснено, что 42 (76,4%) больных отмечает регулярный характер питания, а у 13 (23,6%) больных питание носит нерегулярный характер (прием пищи на ходу в ресторанах быстрого питания). Суточное потребление жидкости у 43 (78,2%) пациентов составляло до 1,5 литров, у 12 (21,8%) пациентов - более 1,5 литров. Также 30 (54,5%) пациентов отмечали регулярное потребление алкоголя. Применение диетотерапии позволило добиться стабилизации кислотности мочи в пределах от 6,2 и более у 12 (21,8%) пациентов. Поэтому у данных 12 пациентов диетотерапия была продолжена, а остальным 43 (78,2%) пациентам дополнительно была назначена терапия цитратными смесями.

Через месяц после лечения у 30 (54,5%) пациентов было достигнуто полное растворение камней почки. Еще у 5 (9,1%) пациентов было достигнуто частичное растворение уратных камней, в связи с чем им продолжалась консервативная терапия. При контрольном обследовании еще через месяц у данных 5 пациентов также было достигнуто полное растворение камней.

Наиболее эффективным лечение было при камнях почек до 1,5 см и состоящих из безводной мочевой кислоты - она составила 81,2%, при камнях до 1,5 см и состоящих из дигидрата мочевой кислоты, эффективность составила 75,0%. При камнях до 1,5 см и состоящих из урата аммония, растворение было достигнуто у 2 пациентов. При камнях размером более 1,5 см и состоящих из безводной мочевой кислоты и дигидрата мочевой кислоты, эффективность составила 62,5% и 57,1% соответственно.

Вывод: При анализе проводимой литолитической терапии у 35 пациентов, у которых она оказалась эффективной, было выяснено, что все они наряду с соблюдением диеты проводили адекватную растворяющую терапию – в строгости зависимости от показателей кислотности мочи.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Акбаров А., Далиев А
Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институти

Введение. Вазомоторный ринит (ВМР) – заболевание, характеризующееся патологическим состоянием слизистой оболочки полости носа не воспалительного характера, имеющее в своей основе нарушение нервных механизмов, обусловливающих нормальную физиологию, в результате чего раздражители экзо- и эндогенного происхождения вызывают гиперергическую реакцию.

Для ВМР характерна триада симптомов: пароксизмальное чихание, ринорея и затруднение носового дыхания. Эти симптомы носят перемежающийся характер.

Цель исследования. Целью исследования явилось повышение эффективности лечения детей с вазомоторным ринитом посредством выявления и коррекции имеющегося у них синдрома вегетативной дистонии и воздействия на слизистую оболочку полости носа флюктуирующими токами.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 157 детей (N), страдающих ВМР. Среди них: 76 – мальчиков и 81 девочка, в возрасте от 7 до 15 лет. Длительность заболевания у детей составила от 3 до 5 лет, причем их наибольшее количество – 108 (68,8%) заболело в

младшем школьном возрасте. У наблюдаемых нами детей, как правило, наблюдались частые простудные заболевания, ОРВИ.

Результаты исследования. Анализируя в целом результаты лечения больных, страдающих ВМР, можно сделать заключение о несомненных преимуществах разработанного и примененного нами комплексного способа лечения детей ВМР, включающего реабилитационную терапию в связи с имеющимся у них СВД и местное воздействие на слизистую оболочку полости носа ФТ.

Частота встречаемости вазомоторного ринита в структуре ЛОР-патологии детского возраста составляет 9,9 – 15,0%, причем отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа детей с вышеупомянутой патологией. У детей в соматических отделениях в 35 – 37% случаев выявлено сочетание синдрома вегетативной дистонии с вазомоторным ринитом.

Нарушение состояния вегетативной нервной системы, проявляющееся синдромом вегетативной дистонии, является одним из основных звеньев патогенеза вазомоторного ринита у детей. Клинические проявления вазомоторного ринита не зависят от типа исходного вегетативного тонуса.

При лечении детей с вазомоторным ринитом следует проводить комплексную патогенетическую терапию с учетом выраженности у них синдрома вегетативной дистонии.

Сравнительный анализ результатов применения различных способов лечения детей с вазомоторным ринитом свидетельствует о преимуществе разработанного комплексного способа, включающего реабилитационную терапию, направленную на нормализацию функционирования у больных ВНС, и местное воздействие на слизистую оболочку полости носа флюктуирующим током.

Ретроспективный анализ эффективности разработанного комплексного способа лечения вазомоторного ринита показал стабильный положительный результат в 82,5% наблюдений.

Вывод. Реализация результатов исследований заключается в разработке эффективного и простого комплексного способа консервативного лечения вазомоторного ринита у детей, практически не имеющеего противопоказаний к применению, который дает наиболее стойкие положительные функциональные результаты и может быть использован в амбулаторных и стационарных условиях при лечении данной патологии в детской практике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ

Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У., Исабоев Ш.Б.
Наманганский филиал РНЦМЭП МЗ Руз

Введение. В ургентной хирургии проблема язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) по сей день продолжает оставаться предметом широкомасштабных научных исследований, проводимых в клиниках и лабораториях нашей Республики, в странах СНГ и дальнего зарубежья. Данное обстоятельство обусловлено высокой частотой общей и послеоперационной летальностью, достигающей у пожилых 34-73%.

Материал и методы. Анализу подвергнуты 154 больных пожилого возраста с ЯГДК. За период проведенного исследования хирургическая тактика отличалась. В этой связи нами выделены 2 условные группы. Первая - с 2012 по 2015 годы, включающий 72 больных, у которых придерживались активно-выжидательной тактики и традиционных подходов на всех этапах лечения; вторая - с 2015 по 2020 годы, включающий 82 больных, у которых придерживались активной – индивидуализированной тактики с учетом выявленных особенностей течения ЯГДК и последовательным соблюдением сформулированных принципов на всех этапах лечения.

Результаты. Исследованием особенностей ЯГДК, нами установлено, что с возрастом имеется тенденция к росту числа ЯГДК у женщин, а также числа желудочных язв (ЖЯ). Так в среднем возрасте ЖЯ диагностированы лишь в 3,9% случаев, а в пожилом – 17,5. Та же закономерность установлено в соотношении ЖЯ к дуоденальным.

Во время оперативного вмешательства по поводу ЯГДК хирурги нередко сталкиваются с техническими трудностями, связанными с удалением язвы. Такие язвы исследователи именуют «трудноудалимыми», «неудобными» или «трудными». У пожилых до - и во время операции язвы желудка диаметром более 3 см, т.е. «гигантские» - диагностированы в 55,6% случаев, а в двенадцатиперстной кишки (ДПК) язвы диаметром более 2 см, т.е. «гигантские» диагностированы в 22,8% случаев. В 7,4% случаев желудочная язва локализовалась атипично - в кардиальном и субкардиальном. Частота «трудных» язв луковицы составила 25,9%, в постбульбарном - 15,8%. У пожилых при язвенных желудочных кровотечениях (ЯЖК) 81,5% случаев установлена средняя и тяжелая степень кровотечения, а при язвенных дуоденальных кровотечениях (ЯДК) лишь в 31,5%.

При локализации язвы в желудке устойчивый гемостаз у пожилых диагностирован лишь в 14,8% случаев, а при ЯДК – в 31,5%. У пожилых при ЯДК частота с неустойчивым гемостазом и с кровотечением в

«ходу» составили 68,5%. При ЯЖК, комплексное консервативное лечение оказалось успешным лишь у 7,4% больных, а при ЯДК - в 30,7% случаев.

В рамках активно-выжидательной тактики, при ЯЖК в не зависимости от характера кровотечения (по J.Forrest., 1987) все (16,7%) больные подлежали оперативному лечению. При ЯДК оперативному лечению подлежали 51,4% больных, а консервативному - 31,9%.

У этой группы придерживаясь принципов активно-выжидательной тактики лечения на фоне устойчивого гемостаза, а также легкой и средней степени тяжести кровопотери произведено 8 операций. В 19 случаев при ЯДК традиционная комплексная гемостатическая и противоязвенная терапия оказалась эффективной. На фоне неустойчивого гемостаза, а также легкой и средней степени тяжести кровопотери произведено 25 операций. При кровотечении в «ходу», на фоне легкой, средней и тяжелой степени тяжести кровотечения произведено 16 операций. Важно отметить, что при проведении традиционной комплексной гемостатической и противоязвенной терапии, в надежде на окончательную остановку кровотечения в 12 (16,7%) случаев возник ранний рецидив кровотечения в стационаре. Этим больным на фоне общего тяжелого состояния пришлось выполнить операции «отчаяния». Это и является самым слабым местом активно-выжидательной тактики лечения ЯГДК. Соблюдая принципы активно-выжидательной тактики лечения выполнены лишь экстренные и плановые операции.

Итак, нами получены неутешительные результаты. Главной причиной неудач является продолжающееся кровотечение (44,4%) и его рецидив (16,7%) в связи с невозможностью в рамках активно-выжидательного подхода решить эту проблему. Наряду с этим, на этапах оказания специализированной медицинской помощи придерживаясь традиционных подходов, допущены ряд тактических и технических ошибок. В частности: не учитывались типологические особенности ЯГДК; в предоперационном периоде профилактика рецидива кровотечения на должном уровне не проводилось; в послеоперационном периоде профилактика тромбоэмболических осложнений велась не целенаправленно; при выполнении резекции желудка её культя формировалась лишь «классическим» способом; стремление к обязательному иссечению «трудной» дуоденальных язв под тезисом «нет неудалимой язвы» являлось нередкой причиной несостоятельности культи ДПК. Всё это нередко являлось причиной высокой частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Заключение. В целом, при выполнении экстренных операций по поводу ЯЖК, частота послеоперационных осложнений составило 17,7%, с летальностью 12,3%. При ЯДК – 12,8% и 10,9 соответственно. Всё это ещё раз подтверждает «несостоятельность» активно-выжидательной тактики на современном этапе развития хирургии.

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН)

Алижанов А.А., Алтиев Б.К., Исабоев Ш.Б., Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У.
Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель: оценить возможности и эффективность применения ВЛ в диагностике и лечении ОСТКН.

Материалы и методы: С января 1999 г. по декабрь 2020г. включительно неотложные ЛВ выполнены у 376 пациентов с ОСТКН (м-148, ж-228) в возрасте от 15 до 87 лет (средний возраст 44,1±4,2 года), что составило 36,5% от всех больных оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. В анамнезе 376 (85,1%) больных перенесли 459 различное оперативное вмешательство на органах брюшной полости, в том числе 153 (33,3%) аппендэктомию, 107 (23,3%) - операции на органах малого таза, 71 (15,5%) - операции по поводу кишечной непроходимости, 13 (2,8%) - холецистэктомию, 27 (5,9%) - грыжесечение по поводу грыж различной локализации, 88 (19,2%) -прочие вмешательства (рис.2). У 56 (14,9%) пациентов оперативные вмешательства не производились. В детстве травму органов брюшной полости перенесли в результате занятий спортом 18 (32,1%), воспалительные заболевания со стороны органов малого таза отмечались у 26 (46,4%), дивертикул Меккеля – у 5 (8,9%); у 7 (12,5%) причину спайкообразования выяснить не удалось. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно-диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую программу входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы обследования. Все больные были разделены на две группы в зависимости от применяемого лечебного мероприятия. Первую контрольную группу составили пациенты (204), которым проводились традиционные методы лечения (лапаротомия). Вторую основную группу составили пациенты (172), которым нами была выполнена диагностическая и лечебная лапароскопия.

Результаты: Во время видеолапароскопии нам удалось произвести рассечение спаек (адгезиолизис) у 126 (73,3%) больных из 172. У остальных 46 (26,7%) пациентов пришлось прибегнуть к традиционному методу. Больше половины больных при лапароскопии у -130 (75,6%) оперированных имели 1-2 степень распространенности спаечного процесса (локальные висцеропариетальные спайки в области операционного рубца, сочетающиеся с единичными спайками в других областях брюшной полости).

Выраженный спаечный процесс III-IV степени имел место у 42 (24,4%) больных, что затрудняло проведение лечебных манипуляций. Причинами конверсии было следующие: распространенный спаечный процесс у 6 (13,0%) больных, некротические изменения со стороны кишки и сальника – у 23 (50,0%), абсцесс брюшной полости – у 1 (2,2%), раздутые петли кишечника – у 3 (6,5%), дивертикул Меккеля – у 4 (8,7%), конгломерат брюшной полости – у 5 (10,9%), и у 4 (8,7%) больных ятрогенное повреждение (3-перфорация вовремя введение троакара в брюшную полость, 1 десерозирование стенки кишечника при ревизии тонкой кишки). После применение новой технологии резко сократились послеоперационные осложнения (4,3% при лапароскопии и 37,5% при лапаротомии), особенно это касается раневых осложнений и рецидива ОСТКН. При этом также уменьшилась летальность в послеоперационном периоде (0,9% при лапароскопии и 12,8% при лапаротомии).

Заключение: Диагностическая видеолапароскопия является малотравматичным и высокоинформативным методом исследования брюшной полости, позволяющим своевременно поставить диагноз ОСТКН, оценить степень ишемии ущемленных участков кишки, определить распространенность спаечного процесса, механизм непроходимости, наличие, характер и степень распространенности перитонита, возможность использования лечебной видеолапароскопии. Лечебная видеолапароскопия при ОСТКН выполнима в 73,3% случаев. Операция с использованием видеолапароскопической техники наиболее эффективна при I-III ст. распространенности спаечного процесса. Лечебная видеолапароскопия позволяет провести качественную санацию брюшной полости при наличии перитонита. Лечебная видеолапароскопия значительно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения ОСКН, что проявляется в снижении частоты послеоперационных осложнений с 37,5 до 4,3%, летальности с 12,8 до 0,9% сокращении койко-дня в 1,5 раза, количество рецидивов ОСКН удалось снизить с 29,9 до 0,9%.

ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПОЖИЛЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Исабоев Ш.Б., Неъматуллаев О.И.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: Изучить особенности реологических свойств крови у больных пожилого и старческого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК).

Материал и методы: В связи с высокой частотой тромбоэмболических осложнений у 154 больных с ЯГДК в пожилом и старческом возрасте, нами исследована свертывающая и антисвертывающая система крови до- и после оперативного вмешательства на 2-3, 5-7 и 9-14 дни.

Результаты: Проведенные исследование показали, что у исследуемых больных на высоте кровотечения, а также при продолжающемся кровотечении на протяжении 7 дней, наблюдается резкое повышение общесвертывающей активности крови. Время свертывания крови и рекальцификации плазмы оказались почти 2 раза укороченными и составили соответственно 202±4 сек и 53±4 сек. Значительно была повышена толерантность плазмы к гепарину. Средняя величина её составила 457±34 сек. Отмечено закономерное повышение содержание фибриногена крови (485±28 мг%). Однако, отмечались большие индивидуальные колебания концентрации фибриногена от 225 до 650 мг%, при нормальных значениях 261±7,1 мг%. Ретракция сгустка была повышена в среднем до 44,5±1,5%, а время кровотечения укорочено в среднем до 91±8 сек. Тромботест у 13 больных был повышен (7 степень), нормальная степень (4-6 степень) тромботеста обнаружена у 9. Количество прокоагулянтов и содержание кальция находилось в пределах нормы. Изменения со стороны антисвертывающей системы крови: наблюдается значительное снижение содержания свободного гепарина и фибринолитической активности. Средние показатели её составили соответственно 4±0,3ед/мл и 10,2 ±1%.

Выводы: у больных пожилого возраста с ЯГДК наблюдается значительное повышение общей коагулирующей активности крови, в тоже время со стороны антисвертывающей системы крови установлено значительное понижение антикоагулянтной активности крови.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Миррахимова С.Ш.[1], Хаджимухамедов Б.Б.[1], Бахритдинова Ф.А.[2]
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Аномалии рефракции в частности миопия является самой распространенным рефракционным нарушением органа зрения.

Кераторефракционная хирургия – одна из наиболее активно развивающихся направлений в офтальмологии. Внедрение и применение эксимерного лазера как метода коррекции аметропий было огромным шагом для науки и практики современной офтальмологии во всем мире. Кераторефракционная хирургия успешно и широко применяется у молодых социально активных и трудоспособных пациентов, предъявляющие особые требования к остроте и качеству зрения.

Цель: Провести сравнительный анализ клинических результатов различных видов кераторефракционных операций у пациентов с миопией средней степени

Материалы и методы. Клинический материал собран на базе отделения офтальмологии Инновационной клиники доктора Максудовой (DMC). Нами было обследованои прооперировано 30 пациентов (60глаз) с миопией средней степени. Пациентов мужского пола было 13, женского 17. Возраст пациентов составил от 21 до 28 лет, средний возраст 23,4±2,1 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. В первой группе пациентам была проведена операция по технологии ФРК, во второй группе по технологии ЛАСИК, в третьей группе по технологии ФЕМТОЛАСИК. Всем пациентам была проведена лазерная коррекция зрения на эксимерлазерной установке Wavelight EX 500 (Alcon lab., США) по протоколу “wave front optimized”. В первой группе, на первом этапе операции проводилось слущивание эпителия роговицы (50мкм) специальным спиртовым раствором. Во второй группе на первом этапе проводилось формирование лоскута микрокератомом Evolution 3E с головкой 120 мкм (MORIA SA, Франция). Во третьей группе перавый этап операции - формирование лоскута было произведено с помощью фемтосекундного лазера на установке WavelightFS 200 (Alconlab., США) с запрограмированной толщиной лоскута в 100 мкм. Диаметр роговичного лоскута варьировал в пределах 9,0-9,5 мм. Оптическая зона абляции лазером составила 6,0 мм.
Все пациенты прошли комплексное обследование органаза зрения до операции: визометрия, кератотопография WaveLight Oculyzer II (Alcon, США), А-сканирование Tomey «OA-2000» (Tomey, Япония), В–сканирование (Sonomed, США) оптическая когерентная томография роговицы DRI OCT triton (Topcon, Корея), осмотр глазного дна трехзеркальной фундус линзой Гольдмана.

Результаты и обсуждение. Операция и послеоперационный период протекали без особенностей. В ходе хирургической коррекции осложнений не отмечалось. Операция проводилась под местной анестезией раствором алкаина 0.5%. В течение 6-7 часов после операции, большинство пациентов отмечало светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела в глазу. Пациентам, которым проведена методика ФРК, надевали на роговицу контактную линзу, под которой в течение двух-трех дней регенерировался эпителий. По данным оптической когерентной томографии у пациентов, которым была проведена методика Ласик, толщина лоскута в центральной части составила 122±3,40 мкм. А пациентам, которым была проведена операция Фемтоласик, толщина лоскута в центральной части составила 106±3,3 мкм. Во второй и третьей группе у всех пациентов наблюдалась хорошая адгезия лоскута. Стабильность рефракции после хирургической коррекции проведенной на роговице отмечали через 3-6-9 месяцев. Основным критерием оценки эффективности коррекции зрения является острота зрения без коррекции (НКОЗ) с предоперационным значением остроты зрения с коррекцией (КОЗ). В результате проведенных операций, у пациентов отмечалось повышение НКОЗ по сравнению с КОЗ до операции: 0,82±0,74 и 0,18±0,09 соответственно. У пациентов, которым была проведена операция технологией Фемтоласик наблюдалось более быстрая реабилитация. В раннем послеоперационном периоде в первой группе у всех пациентов наблюдалось сильные боли в глазу, светобоязнь и слезотечение. Однако в позднем послеоперационном периоде наблюдалось стабильность эффекта во всех группах. В течение 12 месяцев ни у одного пациента не отмечалось потери строчек НКОЗ, что свидетельствует о высокой эффективности проведения эксимерлазерной коррекции зрения. Полученные результаты собственных исследований сопоставимы с результатами литературных данных других авторов и подтверждают положительный эффект лазерной коррекции зрения.

Выводы. Все технологии кераторефракционной хирургии показали высокие результаты при коррекции миопии средней степени. Применение каждого отдельного вида операции зависит от состояния толщины роговицы, величины рефракции и кератотопографии. Однако применение фемтосекундного лазера для формирования роговичного лоскута показало более высокую эффективность, безопасность и стабильность послеоперационных результатов.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

А.А.Алижанов, Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У., Исабоев Ш.Б., Робиддинов Б.С.
Наманганский филиал РНЦМЭП МЗ РУз

Цель. Улучшить ближайшие результаты хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений.

Материал и методы. Анализу подвергнуты 184 здоровых и больных людей (154 больные исследуемой группы и 30 здоровые) сразу же при поступлении в стационар. 154 больные пожилого возраста с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. В связи с высокой частотой тромбоэмболических осложнений у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями в пожилом возрасте, нами на 2-3, 5-7 и 9-14 день после о*перативного вмешательства исследована свертывающая и антисвертывающая система крови.*

Результаты. Исследованием свертывающей и противосвертывающей системы крови нами установлено на 2-3 день повышение толерантности плазмы к гепарину в среднем до 375±13 сек ($P<0,05$) и содержание фибриногена оставалось повышенной до 7-9 дня. Количество тромбоцитов на 5-7 день после операции было повышено, в среднем 266,0±1,8 ($P<0,001$). У исследуемых больных наиболее выраженное повышение свертываемости крови мы наблюдали на 2-7 день после операции. Фибринолитическая активность на 2-7 день после операции понижалась-8,1±0,8%. Снижение фибринолитической активности крови и повышение толерантности плазмы к гепарину имеет существенное значение в механизме тромбообразования.

В связи с этим, вместе с неспецифическими мероприятиями было проведено специфическая профилактика: под контролем свёртывающей системы крови с первых суток после операции нами применялся препарат Фраксипарин («GlaxoSmithKlain», Великобритания) по 0,3 мл подкожно 1 раз в сутки в течение 7 дней. Затем в течение 4-5 суток назначали фенилин, а с 6-7 суток никотиновую кислоту, папаверин и др. Относительным показанием, к использованию антикоагулянтов, является пожилой возраст, выраженные атеросклеротические изменения, ожирение, указания на перенесенный ранее инфаркт миокарда, наличие хронического тромбофлебита нижних конечностей. В этих случаях с первых суток назначали антикоагулянты непрямого действия (фенилин по 0,1х2 раза в день) под контролем ПТИ. Абсолютным показанием к назначению антикоагулянтов прямого действия являлся нарастающий сдвиг в сторону гиперкоагуляции, который обнаруживался при повторных исследованиях коагулограммы. Фраксипарин назначали по 0,4-0,6 мл 1 раз в сутки.

Заключение: таким образом, применение вышеперечисленных методов профилактики позволило снизить частоту послеоперационных тромбоэмболических осложнений на 4,5% (с 6,1% до 1,6%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Алимов А.П., Акбарханов Ж.Ж., Сапаев З.Э., Камолов Б.Х.
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ретроспективный обзор результатов хирургического лечения 92 пациентов с внутрисуставными переломами бедренной кости в возрасте 65 лет и старше показал относительно хорошие клинические результаты. Доля пациентов с зажившими переломами в 6-месячном наблюдении составила 94%. На основании проведенного анализа, мы можем утверждать, что для активных пациентов, которые достаточно здоровы, чтобы пережить первый послеоперационный год, хорошие результаты могут быть достигнуты независимо от возраста.

Цель исследования*:* сравнение функциональных результатов и качества жизни пациентов пожилого и среднего возраста после лечения переломов дистального отдела бедра.

Материал и методы. Проведен ретроспективный обзор результатов хирургического лечения 92 пациентов с внутрисуставными переломами бедренной кости (по классификации Ортопедической травматологической ассоциации - тип 33B, C15), находившихся в Республиканском специализированном научно-практическом медицинский центре травматологии и ортопедии в период с 2001 по 2012 год.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста. Группа А (основная) - пожилые пациенты в возрасте 65 лет и старше и группа В (сравнения) – пациенты до 65 лет. Окончательное наблюдение было осуществлено путем опроса по телефону с помощью краткосрочной функциональной оценки опорно-двигательного аппарата (Short Musculoskeletal Function Assessment - SMFA) для оценки функции и качества жизни. Все пациенты дали свое информированное согласие до включения в исследование.

Все пациенты прошли стандартное оперативное лечение либо с помощью интрамедуллярной фиксации гвоздей, либо с помощью фиксации запорной пластины. Ретроспективный анализ демографических данных, рентгенографических данных и данных физико-хирургических исследований был собран из медицинских карт. Все пациенты были обследованы для амбулаторного наблюдения в 3, 6 и 12 месяцев после операции. На основании рентгенографических данных, полученных при каждом последующем посещении, оценивалась консолидация переломов. Доинтервальный остеоартроз определялся по шкале Келлгрена-Лоуренса. В каждом интервале наблюдения регистрировались сгибание колен и удлинение колена. Пациенты не включались в наш ретроспективный обзор, если на момент первичного лечения им было менее 18 лет. Пациенты также исключались из данного исследования, если у них первоначально наблюдался патологический перелом или если с ними нельзя было связаться по поводу опроса.

Статистический анализ был проведен для расчета разницы между группой А и группой Б. Тесты Манна-Уитни U были использованы для определения разницы во всех категориях SMFA, времени до наблюдаемой консолидации перелома, диапазона движения колена и радиографических измерений. Тесты Фишера были использованы для сравнения различий по полу, внутрисуставного расширения, хирургической техники и осложнений. Статистические тесты были сочтены значимыми при $P<0.05$.

Выводы. Таким образом, мы можем утверждать, что для активных пациентов, которые достаточно здоровы, чтобы пережить первый послеоперационный год, хорошие результаты могут быть достигнуты независимо от возраста. Это также подтверждается существующей литературой [6,11,14].

Несмотря на более низкое качество жизни и функциональные показатели, данное исследование предполагает, что относительно хорошие клинические результаты могут быть достигнуты при хирургической фиксации у пожилых пациентов. Мы рекомендуем оценивать пациентов пожилого возраста с переломами дистального отдела бедра на предмет их пригодности к хирургическому вмешательству на основании их функционального состояния до травмы, сопутствующих заболеваний и психического состояния. При принятии решения об оперативном лечении переломов дистальной части бедренной кости у пожилых пациентов возраст не должен быть препятствием.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я, Гафуров А.А., Одилов Х., Шевкетова Л.Ш., Халилов Ш.К., Кадиров К.З.
Отделение детской хирургии АФ РНЦЭМП
Кафедра детской хирургии АГМИ

Актуальность работы: Диагностика и лечение инвагинационной кишечной непроходимости (ИКН) остаётся актуальной проблемой детской хирургии. Диагностические ошибки могут встречаться на том или ином этапе течения болезни.

Цель работы: Совершенствование методов диагностики и лечения больных детей с осложненной формой инвагинационной кишечной непроходимости.

Материалом исследования послужила поздно поступившая больная с тяжелой осложненной формой инвагинации кишечника.

Наши наблюдения: Больная 7 лет доставлена в отделение детской хирургии из отдаленного района в тяжелом состоянии с диагнозом острый живот, кишечная непроходимость? Из анамнеза выяснилось, что ребенок болеет в течение 6 дней . Обратились к врачу по месту жительства с болями в животе. Получила назначения врача, но от этого не было облегчения. На 3 день появился незначительный слизисто-кровавый стул, после чего больная была направлена в инфекционную больницу. Через сутки врачи исключили инфекционную патологию и направили в отделение неотложной помощи ЦРБ, откуда девочка была доставлена к нам, с диагнозом острый живот и кишечная непроходимость.

При визуалном осмотре больного ребенка, язык суховат, обложен белым налетом, живот ассиметричен, умеренно вздут, правая половина пассивно участвует в акте дыхания. При пальпации в правой подреберной области пальпируется слегка смещаемое, болезненное колбасовидное образование плотноэластической консистенции. Печень не пальпируется. Перистальтика кишечника выслушивается вяло.

На УЗИ отмечается пневматоз кишечника, перистальтика очень вялая, эхо-признаки кишечной непроходимости. В правой подреберной области наличие образования размером 11,0 Х 6,5 см с чёткими контурами. Рентгенологически -пневматоз кишечника, кишечные петли расширены, определяются единичные чаши Клойбера, свободный газ в брюшной полости отсутствует. Больному ребенку после обследования поставлен диагноз: «Инвагинационная кишечная непроходимость, токсикоз с эксикозом, гиповолемическое состояние».

После соответствующей предоперационной подготовки больную прооперировали. При лапаротомии была обнаружена тонко-толстая, толсто- толстая (сложная) инвагинация кишечника размером 11,0 Х 7,5 см, плотной консистенции, расположенная в печёночном углу ободочной кишки. Из брюшной полости

аспирировали около 100 мл жидкости тёмно-геморрагического цвета. Припопытки дезинвагинации, из-за отёка, плотной странгуляции кишечника, участок инвагинации не удалось дезинвагинировать. Произошла десерозированние и травматизация нескольких участков кишечника. Связи с чем, принято решение резецировать данный участок. Произведена гемиколэктомия с резекцией терминального отдела тонкой кишки. Наложен илеотранзверзоанастомоз конец в бок, санация и дренирование брюшной полости. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в желудок установлен назогастральный зонд, в прямую кишку газоотводная трубка. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на седьмые сутки с выздоровлением.

При патоморфологическом исследовании в удалённых частях терминального отдела подвздошной кишки обнаружен полипоз и в восходящий части ободочной кишки - 2 полипа.

Послеоперационный диагноз: острая, сложная, инвагинационная кишечная непроходимость на почве полипоза. Полипы терминального отдела подвздошной и восходяще- ободочной кишки.

Осложнение: некроз кишечника, токсикоз с эксикозом, гиповолемическое состояние.

Вывод: 1. Заключая вышеизложенное, следует отметить, что при любых патологиях органов брюшной полости необходимо проводить все необходимые обследования, интерпретировать результаты, под активным наблюдением специалистов и использовать соответствующую лечебную тактику.

2. Повысить уровень знаний, бдительность смежных специалистов, педиатров и инфекцианистов.

Рекомендации: обеспечить необходимым диагностическим оборудованием специалистов первичного звена здравоохранения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш., Кодиров К.З.
Отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП
Кафедра детской хирургии АГМИ

Актуальность: Острая бактериальная деструкция легких (ОБДЛ) в структуре бронхолегочной патологии занимает ведущее место и, по прежнему, имеет тенденцию к росту. Преобладание антибиотико-резистентных штаммов микробной флоры создают трудность в лечение больных с данной патологии, что принуждает поиск новых методов лечение.

Цель работы: совершенствование методов лечение при острой бактериальной деструкции лёгких.

Материалы и методы исследования: Данное сообщение является анализом комплексного лечения 126 больных детей с ОБДЛ находившихся на лечение в отделение детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП за последние 3 года. Дети до 3 лет-74, от 4 до 7- 33, от 8 до 16-19 больных. Все больные были разделены на 2 группы: контрольную группу -67 больных, которым лечение проводилось традиционным способом. Основную группу-59 больных, которым проводилось лечение предложенные нами способами регионально-лимфотропной антибиотикотерапии посредством микроирригатора установленного через заднее средостение у корня легкого (патент № 5301 от 27.07.1998). По формам течение у 77 больных была внутрилегочная форма: лобит- у 35, мелкоочаговая множественная – у 23, острый абсцесс – у 17, буллезная – у 2.

У 49 - с легочно-плевральными осложнениями: пиоторакс – у 24, пиопневмоторакс – у 18, пневмоторакс – у 7 больных.

Результаты: Принципы лечения в целом были традиционными, объём лечебных мер зависел от формы, течения патологического процесса, а также возраста больного. Стартовая антибиотикотерапия проводилась двумя антибиотиками, один из антибиотиков вводился регионально-лимфотропным методом через заднее средостение. Больным с буллезной формой (2) антибиотикотерапия проводилась одним антибиотиком. У тяжёлых больных при абсцессах с прорывом в бронх временами проводилась санация трахеобронхиальной системы, аспирируя слизисто-гнойные выделения. При всех видах легочно-плевральных осложнениях применяли 2 антибиотика. Среднее пребывание больных с внутрилегочной формой в основной группы составил 10,2+ 1,1, соответственно 14,1+2,2 в контрольной. При легочно-плевральной форме в основной группе среднее пребывание больных в стационаре 13,3+2,7, в контрольной 16,1+2, 9. Летальный исход был у одного больного грудного возраста поздно поступившим в крайне тяжелом состоянии при неблагоприятным преморбидным фоном и сопутствующими заболеваниями.

Выводы: Заключая вышеизложенное, пришли к выводу, что в комплексном лечение ОБДЛ у детей введение антибиотиков регионально-лимфотропным методом в заднее средостение обеспечивает максимальную концентрацию антибиотиков в зоне локализации лимфатических узлов и а также вблизи патологического очага, обеспечивая высокий антибактериальный эффект.

С-ОБРАЗНАЯ КАНАЛЬНО-КОРНЕВАЯ СИСТЕМА ВТОРЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

Артикова С.У., Бокиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из основных причин некачественного эндодонтического лечения является неспособность обнаружить и должным образом обработать все корневые каналы зуба. Наибольшие сложности обычно возникают при эндодонтическом лечении моляров в связи с их удаленным расположением в зубной дуге и наличием нескольких корней, которые в свою очередь могут иметь различное количество каналов сложной конфигурации. Нижние моляры – это зубы, которые играют важную роль в жевании, обеспечивают высоту окклюзии, целостность зубной дуги, а также поддерживают положение языка и щек. Классические представления о строении канально-корневой системы зубов основываются на исследованиях удаленных зубов. С появлением КЛКТ появилась возможность дать трехмерную оценку топографии и морфологии корневой системы конкретного зуба непосредственно перед выполнением эндодонтического лечения. В эндодонтии применение КЛКТ неоценимо в случае нетипичной морфологии канально-корневой системы зуба.

Обычно второй нижний моляр имеет два раздельных корня – мезиальный и дистальный – и три корневых канала: два в мезиальном корне и один в дистальном.

В отличие от первого большого коренного зуба этот зуб характеризуется большей вариабельностью строения корневой системы [3-5], которая может проявляться разным количеством корней, в том числе С-образной формы. Часто С-образный канал встречается одновременно в нескольких зубах. Изучение корней и корневых каналов имеет значение только для эндодонтического лечения зубов, а также для антропологического анализа. У таких зубов дно пульпарной камеры располагается достаточно глубоко. Пульпарная анатомия вторых нижних моляров зачастую представляет собой сложную систему вариабельного количества анастомозирующих корневых каналов с многочисленными ответвлениями, которую врачу-стоматологу все эти факторы затрудняют обработку и обтурацию корневого канала. Сложная анатомия с-образных каналов не только осложняет процесс лечения, но может стать причиной развития потэндодонтических осложнений. С тех пор, как была выявлена С-образная анатомия канала, выдвигались различные причины ее формирования. Ранее зубы с С-образными корнями были отнесены к тауродонтным. Неспособность оболочки гертвиговского эпителиального влагалища к слиянию является наиболее вероятным объяснением образования конфигурации канала С-образной формы. Неспособность оболочки гертвиговского эпителиального влагалища к слиянию на щечной стороне приведет к образованию язычной радикулярной борозды, а неслияние на язычной приведет к образованию щечной борозды. Следовательно, это слияние не является однородным, тонкая межрадикальная полоска соединяет два корня вместе. Поперечные сечения С-образного канала показывают тонкие лингвальные стенки, по сравнению с щечными (так называемая danger zone). Неслияние оболочки как на буккальной, так и на лингвальной сторонах приведет к образованию конического или призматического корня. На данный момент это нарушение объясняется генетической предрасположенностью. Цель: данного ретроспективного исследования являлось определение особенностей строения С-образных каналов в нижнечелюстных премолярах и вторых молярах по данным конусно-лучевой компьютерной томографии.

Материал и методы: Изучено строение корней и корневых каналов 236 вторых нижних моляров на 129 компьютерных томограммах, полученных на дентальном компьютерном томографе SIRONA GALILEOS на базе 11 ГКБ г. Минска и 79 вторых постоянных моляров нижней челюсти, удаленных по поводу острого и хронического поражения тканей периодонта у пациентов 10-й ГСП г. Минска и ГСП г. Борисова. Для систематизации полученных результатов использовалась классификация С-образных каналов по Melton et al (1991). При исследовании поперечных срезов измерялась минимальная толщина стенки и расстояние от этого сечения до плоскости верхушки корня. Все измерения проводились по три раза с выведением среднего значения. Каждый С-образный зуб был разделен по поперечным сечениям на три равные части: корональную, среднюю и апикальную. В каждой трети был определен тип по Fan. Для С-образных вторых моляров дополнительно определен тип радикулярной борозды по Shemesh. Все КЛКТ сделаны по причинам, не связанным с настоящим исследованием. Все исследования подходили под следующие критерии: - высококачественное КЛКТ-изображение; - КЛКТ нижних премоляров и вторых моляров с обеих сторон. Критериями исключения являлись: - пломбированные корневые каналы и полость зуба; - внутренняя и наружная резорбции; - наличие периапикальных поражений; - несформированный апекс; - искусственные коронки.

Данные, полученные в результате исследований, обрабатывали вариационно-статистическим методом с помощью персонального компьютера и программы Microsoft Excel к программной операционной системе MS Windows XP (Microsoft Corp., США) в соответствии с общепринятыми методами медицинской статистики, а также с использованием пакета прикладных программ Stat Soft Statistica v6.0. Статистический анализ проводился методом вариационной статистики с определением средней величины (M), ее средней ошибки (±m), оценки достоверности различия по группам с помощью критерия Стьюдента (t). Различие между сравниваемыми показателями считалось достоверным при $p< 0,05$, $t\geq 2$.

Результаты. В настоящем исследовании при изучении зубов на компьютерных томограммах С-образная канально-корневая система обнаружена у 5,1% вторых нижних моляров. Симметричное расположение таких зубов отмечено в пяти случаях. При анализе трехмерного изображения установлено, что полость С-образного корня зуба может быть представлена одним лентовидным каналом от устья до верхушки, а также тремя или более отдельными каналами ниже обычного С-образного устья. При изучении корневой системы удаленных вторых нижних моляров С-образный вариант строения выявлен у 6,3% зубов.

Выводы: Как известно, с-образные каналы – это корневые каналы со сложной анатомией. При лечении таких каналов существует риск недостаточной обработки, что впоследствии, как правило, приводит к развитию осложнений. Рентгенографическая идентификация данного типа каналов зачастую невозможна. В данном случае для обнаружения с-образного канала был использован стоматологический микроскоп. При обработке с-образных каналов лучше использовать ультразвуковое орошение, а обтурацию проводить методом волновой конденсации (данная методика позволяет размягченной гуттаперче и силеру заполнить все анастомозы и ответвления корневого канала).

1. Результаты выполненного исследования актуальны при проведении эндодонтического лечения вторых нижних моляров.
2. Конусно-лучевая томография позволяет детально изучить внутреннее строение полости зуба в процессе эндодонтического лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Атаджанов Ш.К., Мустафаев А. Л.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент

По данным разных авторов, травмы поджелудочной железы встречаются от 4,3% до 10,7% случаев. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших. Летальность также чрезвычайно высока, и колеблется от 22 до 80%. Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ является актуальной проблемой хирургии повреждений (Хаджибаев А.М.с соавт., 2020; Kjetil Soreideet.al., 2018; S. Dave 2020;).

Цель исследования анализ результатов диагностики и хирургического лечения травм поджелудочной железы при закрытой травме живота с применением современных технологий.

Материал и методы. Нами проанализировано 70 случаев травмы органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы в период с 2010 по 2021 годы, госпитализированные в РНЦЭМП и его Самаркандский филиал. Среди пострадавших преобладали мужчины – 64 (91,4%)пациентов, женщин 6(8,6%), возраст колебался от 18 до 65 лет. Изолированная травма поджелудочной железы диагностирована у (43,4%) пострадавших, сочетанная у (56,6%). В структуре сочетанных повреждений преобладали травмы желудка, печени, селезенки, тонкой и толстой кишок.

Всем пострадавшим проводилось экстренное комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Было использовано стандартное исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование плевральной и брюшной полости и забрюшинного пространства. Большое значение для верификации диагноза имели инструментальные методы исследования (УЗИ, МСКТ, МРТ, лапароскопия).

Результаты. Мы использовали традиционные клинико-лабораторные исследования и эндохирургические технологии для диагностики и лечения пострадавших. Тяжесть повреждения ПЖ определялась по шкале органных повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), которая в настоящее время широко распространена и используется практическими хирургами.

По тяжести повреждения у наших больных мы различаем:

I степень – небольшая контузия без повреждения протока или поверхностный разрыв без повреждения протока – у 37 (52,8 %) больных;

II степень – значительная контузия без повреждения протока и утраты ткани или большой разрыв без повреждения протока или утраты ткани – у 28 (40 %) пациентов;

III степень – дистальное пересечение или повреждение паренхимы/протока – у 4 (5,8 %) пострадавших;

IV степень – проксимальное пересечение или повреждение паренхимы, включая ампулу – у 1 (1,4%) больных.

V степень – массивное разрушение головки поджелудочной железы - не наблюдалось.

По нашим данным УЗИ плевральной полости и брюшной полости выполнено всем 70 пострадавшим (100%), рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости также у 70 пострадавших (100%), МСКТ брюшной полости у 8 (11,4%) и МРТ у 1 (1,4%) пострадавшего.

У 27 больных (38,5%) для диагностики ППЖ использовали видеолапароскопию, которая позволяет исключить продолжающееся внутрибрюшное кровотечение, выполнить осмотр передней поверхности ПЖ и дренировать сальниковую сумку и брюшную полость

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (16), внутреннего кровотечения (44) и перитонита (10 пострадавших).

В зависимости от характера и локализации повреждения применяли следующие виды оперативного лечения травм ПЖ: шов паренхимы железы у 7 (15%), вскрытие субкапсулярной гематомы ПЖ у 2 (2,8%), резекция тела и хвоста ПЖ у 1(1,4%), вскрытие сальниковой сумки с дренированием брюшной полости у 42(60%), вскрытие сальниковой сумки с дренированием и тампонированием у 15 (21,4%), дренирование кисты ПЖ у 3 (4,2%) пострадавших.

Послеоперационные осложнения встречались в 26 (37,2%) случаях. Наиболее частым осложнением травм ПЖ явился посттравматический панкреатит у 24,2%, панкреонекроз имел место 5,7% случаев. Также, из гнойно-септических осложнений следует отметить имевшее место абсцессы брюшной полости и сальниковой сумки, а также флегмону забрюшинного пространства (2,8% случаев).

Из 70 пострадавших с повреждением поджелудочной железы умерли 12 (17,1%). Основными причинами летальных исходов у 6 был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 4 пострадавших были травмы с тяжёлым травматическим и гиповолемическим шоком, у 2 – гнойный парапанкреатит и перитонит, множественные осложнения сочетанных повреждений живота и груди, головного мозга.

Необходимо подчеркнуть, что все варианты повреждений поджелудочной железы требуют проведения антисекреторной, антиферментной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

Выводы. Травма поджелудочной железы остается актуальной проблемой экстренной хирургии, и в отношении ее лечения сохраняются разногласия. Важно понимать, что ранняя диагностика является ключом к успешному выздоровлению пациента. Настороженность хирурга и ранняя визуализация в зависимости от механизма травмы и клинических особенностей помогают в диагностике и лечении пострадавших с травмами ПЖ.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ахмаджонова М.О.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На протяжении последних десятилетий частота травм, вызванных мгновенным ускорением или торможением, значительно возросла. Это является прямым результатом интенсивного использования различных средств передвижения и современного образа жизни.

Чаще всего такой характер травмы наблюдается при дорожно-транспортных происшествиях, поэтому распространенность ХТ пропорциональна числу дорожно-транспортных происшествий. Ежегодно в США, в Японии ХТ диагностируется в половине из-за зарегистрированных дорожно-транспортных происшествиях.

По данным страховых компаний распространенность ХТ в развитых западных странах колеблется от 16 до 70 случаев на 100 000 населения, причем этот показатель имеет тенденцию к росту. По данным Galasko (1993) частота такого вида травмы составляет до 45% от всех травм позвоночника и спинного мозга.

Цель исследования. Совершенствование лучевой диагностики у пациентов с последствием хлыстовой травмы позвоночника.

Материалы и методы иследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с шейным спондилезом, которые обратились за лечением для решения поставленной задачи.

Результаты исследования. По данным клинико-неврологического исследования в остром периоде хлыстовой травмы выявляется полиморфизм клинических симптомов, среди которых на первое место выступает лигаменто-миофасциальный синдром в 69,4 % и в 54,2% цервикальный синдром позвоночной артерии.

Спондилография всех отделов позвоночника у пострадавших с хлыстовой травмой показала, что костные повреждения шейного отдела встречаются в 8,1%, и в 3,6% в грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника.

У пациентов с ГУ степенью повреждения при хлыстовой травме преобладают флексионно-экстензионно-дистракционные переломы: переломо-вывихи и ротационные переломы - в 81,8%, компрессионные переломы - в 18,2% .

Системный анализ рентгенограмм позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой в 86,4% случаев выявил статические нарушения на всех уровнях позвоночника, что послужило основой для создания индивидуальных программ реабилитации.

Компьютерная томография поврежденных сегментов шейного отдела позвоночника позволила в 97,3% дополнить данные спондилографии и в 20,9% случаев уточнить характер и объем травмы.

Детализировались взаимоотношения травмированного участка с окружающими структурами в 19,4%, состояние позвоночного канала и межпозвонковых отверстий в 57,0%, что позволило определить тактику лечения.

Функциональная спиральная компьютерная томография шейного отдела позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой дала возможность выявить повреждение правой крыловидной связки в 17,8%, левой - в 11,0%.

Ультразвуковое исследование шейного отдела у пострадавших с хлыстовой травмой позволило идентифицировать патологические изменения паравертебральных фиксационных структур в 69,0% и экстракраниальных сосудах шеи в 61,7%.

Ультра - звуковая допплерография выявила признаки ирритации периартериального симпатического сплетения позвоночных артерий, что определялось повышением индекса сопротивления в позвоночной артерии на стороне поражения в 36,4%, в то время как в тяжелых случаях и в контрлатеральной позвоночной артерии в 11,2%.

Разработанный алгоритм лучевого исследования позвоночника у пострадавших с хлыстовой травмой в 94,6% дополнил клиническую картину объективными данными индивидуальных статико-функциональных и морфологических изменений позвоночника.

Выводы. Реализованные в лечебно-диагностической практике алгоритмы комплексной лучевой диагностики при хлыстовой травме позвоночника позволили повысить эффективность проведения лечебно-восстановительных мероприятий пострадавшим.

Разработанные метод. подходы лучевой диагностики и реабилитации при хлыстовой травме могут быть использованы в практической деятельности рентгенологических, неврологических и реабилитационных отделений.

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ахмаджонова М.О.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На протяжении последних десятилетий частота травм, вызванных мгновенным ускорением или торможением, значительно возросла. Это является прямым результатом интенсивного использования различных средств скоростного передвижения и современного образа жизни.

Чаще всего такой характер травмы наблюдается при дорожно-транспортных происшествиях, поэтому распространенность ХТ пропорциональна числу дорожно-транспортных происшествий. Ежегодно в США, в Японии ХТ диагностируется в половине из зарегистрированных дорожно-транспортных происшест-виях.

По данным страховых компаний распространенность ХТ в развитых западных странах колеблется от 16 до 70 случаев на 100 ООО населения, причем этот показатель имеет тенденцию к росту. По данным Galasko (1993) частота такого вида травмы составляет до 45% от всех травм позвоночника и спинного мозга.

Цель исследования. Улучшение качества диагностики травматического повреждения позвоночника и выработка наиболее информативного алгоритма комплексного лучевого исследования больных.

Материалы и методы иследования. В основе работы лежит опыт диагностики 72 пострадавших с острыми травмами позвоночника и спинного мозга, поступивших в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Системный анализ рентгенограмм позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой в 86,4% случаев выявил статические нарушения на всех уровнях позвоночника, что послужило основой для создания индивидуальных программ реабилитации.

Компьютерная томография поврежденных сегментов шейного отдела позвоночника позволила в 97,3% дополнить данные спондилографии и в 20,9% случаев уточнить характер и объем травмы. Детализировались взаимоотношения травмированного участка с окружающими структурами в 19,4%, состояние позвоночного канала и межпозвонковых отверстий в 57,0%, что позволило определить тактику лечения.

Функциональная спиральная компьютерная томография шейного отдела позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой дала возможность выявить повреждение правой крыловидной связки в 17,8%, левой — в 11,0%.

Ультразвуковое исследование шейного отдела у пострадавших с хлыстовой травмой позволило идентифицировать патологические изменения па-равертебральных фиксационных структур в 69,0% и экстракраниальных сосудах шеи в 61,7%.

Ультразвуковая допплерография выявила признаки ирритации периар-териальиого симпатического сплетения позвоночных артерий, что определялось повышением индекса сопротивления в позвоночной артерии на стороне поражения в 36,4%, в то время как в тяжелых случаях и в контрлатеральной позвоночной артерии в 11,2%.

Разработанный алгоритм лучевого исследования позвоночника у пострадавших с хлыстовой травмой в 94,6% дополнил клиническую картину объективными данными индивидуальных статико-функциональных и морфологических изменений позвоночника.

Вывод. При острой травме позвоночника, в условиях неотложной помощи, наиболее целесообразно проводить комплексное лучевое исследование с применением стандартной спондилографии, МСКТ и МРТ в различных режимах. Ограничиваться только рентгенографией или одним из методов нецелесообразно, так как в этом случае есть возможность не получить важную информацию о состоянии позвоночника и спинного мозга.

Комплексное лучевого исследования острой травмы позвоночника помогает быстро решить диагностические вопросы и своевременно определить тактику лечения персонально каждого пострадавшего и прогнозировать его на возможный исход данного вида повреждения.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ахмедова М.С., Комилов Ш.Э., Сиддиков К.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ.

Введения. Совершенствование визуализирующих, биохимических, инвазивных, в том числе морфологических методов исследования вывело диагностику артериальной гипертензии (АГ) на новый уровень, позволяя вплотную подойти к механизмам ее реализации.

Однако, несмотря на многочисленные исследования, посвященные пато- и морфогенезу АГ, роль эндокринной системы в развитии как самой гипертонии, так и изменений органов-мишеней, в частности миокарда, остается недостаточно изученной.

В связи с этим особый интерес представляет комплексное изучение взаимосвязи клинико-морфологических проявлений АГ и морфофункционального состояния надпочечников - основного звена симпатоадреналовой и адаптивной систем организма.

Цель исследования. Провести сопоставление клинических проявлений артериальной гипертонии и морфологических параметров надпочечников, отражающих их морфофункциональное состояние при различных вариантах течения и исходах артериальной гипертонии.

Материал и методы исследования. Проведено изучение аутопсийного материала (п=70) людей зрелого, пожилого и старческого возраста обоих полов, страдавших при жизни артериальной гипертонией различных стадий и умерших от различных причин (инфаркт миокарда, ишемический и геморрагический инфаркты мозга, кровоизлияния в мозг и т.д.) **.**

Результаты и исследования. При сочетании ишемической болезни сердца и гипертонической болезни выявлено значительное увеличение веса надпочечников. В случаях одновременного наличия гипертонической болезни, ИБС и атеросклероза в коре и мозговом веществе надпочечников развиваются выраженные гипертрофические и гиперпластические изменения, а содержание липидов в цитоплазме адренокортикоцитов значительно превышает нормальные показатели

В ходе собственных исследований взаимосвязи морфофункциональных изменений коркового и мозгового вещества надпочечников с параметрами миокарда при АГ проведено сопоставление органометрических и гистологических характеристик миокарда и надпочечников 25 мужчин и женщин (72,5±9,3 лет), страдавших при жизни артериальной гипертензией.

Установлено, что корреляционные связи параметров левых и правых надпочечников с морфологическими показателями миокарда, за исключением выраженности очаговой мононуклеарной инфильтрации пучковой зоны, с которой в контралатеральных надпочечниках наблюдалась отрицательная корреляция абсолютной массы сердца (Илев=-0,8б, р=0,0003; Ипр=-0,75, р=0,003), были различными.

Так, абсолютная масса сердца положительно коррелировала с площадью ядер адренокортикоцитов клубочковой зоны левых надпочечников (Илев=0,б1, р=0,03). То же наблюдалось и в отношении относительной массы сердца (Илев=0,б4, р=0,02), оцениваемой как отношение массы сердца к массе тела. Кроме того, относительная масса сердца положительно коррелировала с количеством плазмоцитов в синусоидах сетчатой зоны (Илев=0,б1, р=0,04).

Значительно большее число корреляцлиевй выявлено с параметрами правых надпочечников. Абсолютная масса сердца отрицательно коррелировала с количеством лимфоцитов в синусоидах клубочковой (Ипр=-0,б3, р=0,02) и пучковой зон (Ипр=-0,б4, р=0,02), количеством моноцитов в синусоидах пучковой зоны (Ипр=-0,57, р=0,04) и выраженностью очаговой инфильтрации клубочковой зоны правых надпочечников (Йпр=-0,58, р=0,04). Относительная масса сердца отрицательно коррелировала с количеством лимфоцитов в синусоидах клубочковой зоны правых надпочечников (Ипр=-0,б4, р=0,02), очаговой моно-нуклеарной инфильтрацией пучковой зоны (Ипр=-0,73, р=0,005) и положительно со

степенью выраженности базофилии цитоплазмы адреналоцитов мозгового вещества правых надпочечников (Ипр=0,6, p=0,03).

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что клинические проявления артериальной гипертонии неразрывно связаны с морфологическими изменениями в надпочечниках.

При этом систематичное лечение артериальной гипертонии модифицирует морфофункциональное состояние надпочечников, вызывая регресс морфологических проявлений гиперфункции клубочковой зоны.

ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «АЛЛОМЕДИН» У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ

Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан.

Целью которого было: • оценить эффективность (терапевтическую эквивалентность) местного применения геля «Алломедин» (степень уменьшения объективных и субъективных симптомов) у пациентов, страдающих рецидивирующим простым герпесом, в сравнении с эффективностью терапии препаратами «Зовиракс» (крем) и «Фенистил Пенцивир» (крем); оценить безопасность (побочные эффекты, переносимость) местного применения геля «Алломедин» в купировании рецидивов простого герпеса, путем регистрации нежелательных явлений.

Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент обоего пола от 20 до 71 года (средний возраст – 40,7±2,1 года): 16 мужчин и 35 женщин с клинически установленным диагнозом: «хронический рецидивирующий простой герпес». Генитальный герпес диагностировался у 16 (31,4%) больных: (7 мужчин и 9и 26 женщин). Все пациенты, участвующие в исследовании, имели обострение ГИ (не позднее 3 дня от начала рецидива). Среднее число обострений заболевания в год составило 4,1±0,4. 98% больных предъявляли характерные жалобы (74,5% – на зуд в очаге, 47,1% – на боль и 68,6% – на жжение). В течение 2 месяцев до начала лечения и при данном обострении больные не принимали какие-либо противовирусные или иммуномодулирующие препараты, из исследования исключались пациенты с проявлениями острой респираторной инфекции, тяжелыми соматическими заболеваниями, женщины, имеющие беременность или в периоде лактации. Для распределения больных на 3 группы по 17 человек в зависимости от применяемого препарата применялся метод адаптивной рандомизации, при этом гендерные признаки и локализация герпетического процесса не учитывались (генитальный и лабиальный герпес принимались за равнозначную патологию). Пациенты 1-й группы получили для наружного лечения в течение 10 дней гель «Алломедин» (каждые 8 часов – 3 раза в день на очаги), 2-я группа – крем «Зовиракс»

Результаты и их обсуждение В процессе лечения у пациентов 1-й группы жалобы полностью регрессировали в среднем к 3,7±0,4 дню (за 89,6±8,9 часов), во 2-й группе – к 4,6±0,5 дню (за 110,1±12,7 часов,p>0,1), в 3-й группе – к 5,5±0,6 дню (за 132,7*±14,0 часов, p<0,02). На 2-м визите (на 3-й день) жалобы предъявляли 24 пациента (47,1% от всех наблюдаемых больных): зуд в очаге сохранялся у 33,3% (-41,2% по сравнению с визитом 1), больв очаге – у 15,7% (-31,4%), жжение – у 15,7% (-52,9%). Из них в 1-й группе больных, имеющих жалобы, было 4 чел., (23,5%), что по сравнению с визитом 1 составило –70,6%. Во 2-й группе таких больных было 8 (47,1%, p>0,1), это – 52,9% по сравнению с 1 визитом. В 3-й число таких больных составило 12 (70,6%*, p<0,01), - 9,4% по сравнению с визитом 1. Значительная часть пациентов 1-й группы отмечала исчезновение зуда, жжения и боли в очаге воспаления уже в первые сутки лечения. Все пациенты оценили переносимость назначенных препаратов для наружного лечения как хорошую. Никаких побочных местных и общих реакций не было зафиксировано. Пациентами 1-й группы было отмечено удобство применения геля «Алломедин» 2–3 раза в сутки (по сравнению с нанесением 5 раз в сутки крема «Зовиракс» и 8 раз в сутки крема «Фенистил Пенцивир») и его хорошие органолептические (косметические) свойства: прозрачность, не блестит после нанесения, в связи с чем его можно применять передпоявлением в общественных местах.

Заключение. В ходе исследования по оценке эффективности и безопасности применения геля «Алломедин» в лечении рецидивов простого герпеса была выявлена его высокая эффективность и хорошая переносимость при наружном лечении даже в качестве монотерапии данного заболевания. Гель «Алломедин» быстро купирует субъективные ощущения и объективные проявления обострения герпетической инфекции, особенно при раннем начале лечения. В процессе терапии отмечен достоверно более ранний регресс жалоб, предъявляемых пациентами, чем при лечении кремом «Фенистил Пенцивир», и достоверно более быстрое уменьшение размеров высыпаний (посравнению с лечением кремом «Зовиракс»). Препарат оказывает более выраженный эпителизирующий эффект, сокращает период образования и отпадения корочек (достоверное различие с обоими препаратами сравнения).

АСКОРБАТА ХИТОЗАН ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТОЗА

Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан.

Цель: изучить клинически противовоспалительное действие гелевой формы 8%-ного аскорбата ХТЗ при воспалительных заболеваниях пародонта.

Материал и методы. В исследовании участвовали 30 пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта различной степени тяжести: 10 больных с хроническим катаральным гингивитом; 10 больных с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени и 10 средней степени тяжести. Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 18 до 45 лет, достоверный диагноз, информированное согласие пациента. Результаты. Выявленные в настоящей работе закономерности позволяют предположить, что лечебный эффект аскорбата ХТЗ обусловлен пролонгированной санацией зубодесневых карманов благодаря антибактериальной активности ХТЗ.

Обсуждение. Комплексная терапия больных ВЗП с применением гелевой формы 8%-ного аскорбата хитозана сопровождалась прогрессивным улучшением клинических показателей состояния тканей пародонта. При осмотре через 10 дней у 87% больных хроническим гингивитом индекс гигиены и пародонтальный индекс приближались к нормальным значениям. У пациентов с хроническим пародонтитом легкой и средней степеней была аналогичная картина, что подтверждается индексом РМА, и всего лишь у 8% пациентов выявлялись признаки воспаления десневого края. Характерной особенностью являлось внеклеточное расположение микрофлоры (до 86%). В единичных клетках обнаружено внутриклеточное расположение микробов, но явления фагоцитоза носили незавершенный характер. Большинство эпителиальных клеток имели признаки дистрофии и деструкции (до 72%). Комплексная терапия с применением аскорбата хитозана привела к уменьшению количества ПМЯЛ (41,0±0,24%), особенно резко снизилось их число с дегенеративно измененными ядрами и вакуолизированной цитоплазмой, при этом увеличилось число зрелых форм пителиоцитов (50,17±0,15%). Увели чивалось и процентное отношение кокков к другим видам микроорганизмов, уменьшилось количество палочек и извитых форм. В цитограммах больных, леченных традиционным образом, через 1 месяц оставалось высоким содержание полиморфно-ядерных нейтрофилов (62,02±0,22%), многие из которых (69%) были в состоянии дегенерации. Выявлялись единичные макрофаги, эпителиоциты имели признаки дегенерации процессов ороговения. Многочисленная микрофлора располагалась в основном внеклеточно.

Заключение. Полученные данные показывают, что процессы регенерации у больных, которым в комплексное лечение был включен аскорбат хитозана, протекают более интенсивно и полно, чем аналогичные процессы в пародонте у больных, леченных традиционным способом. Наблюдаемый нами выраженный противовоспалительный эффект 8%-ного аскорбата ХТЗ клинически проявлялся в снижении отечности и кровоточивость десен, что позволяет в более короткие сроки устранить воспалительный процесс и добиться стабильной ремиссии у 79% пациентов и 51% пациентов, у которых проводилось традиционное лечение. Наблюдаемый нами выраженный противовоспалительный эффект 8%-ного аскорбата ХТЗ клинически проявлялся в снижении отечности и кровоточивость десен, что позволяет в более короткие сроки устранить воспалительный процесс и добиться стабильной ремиссии у 79% пациентов и 51% пациентов, у которых проводилось традиционное лечение.

ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., Солижонов З.Б.
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 2 «трудных» ДЯ позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

ПОНЯТИЕ ОБ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Бахриддинов К.
АГМИ

Абдоминальная хирургия — область медицинских знаний, целью которой является хирургическое лечение заболеваний и травм органов и стенок брюшной полости. Также абдоминальной хирургией называют отделение лечебного учреждения соответствующего профиля. Операции данного профиля являются одними из старейших в полостной хирургии. Именно с них начинается обучения врача хирурга полостным операциям. Значительная часть полостных операций является именно абдоминальными.

Ранения брюшной полости всегда представляли собой серьёзную проблему и до появления эффективных антибиотиков и антисептиков в большинстве случаев заканчивались смертью больного от сепсиса. Однако врачи, несмотря на это, продолжали совершенствовать методы оказания хирургической помощи. Об операциях на брюшной стенке упоминается в трудах Гиппократа, Галена, множестве средневековых и более современных медицинских трактатов.

Современная абдоминальная хирургия направлена на минимизацию операционной травмы, нанесённой больному в ходе лечения. Для этого всё более активно используются эндоскопические методы оперативного вмешательства.

Эндоскопия — способ осмотра полостей человеческого тела при помощи эндоскопа. При эндоскопии эндоскопы вводятся в полости через естественные пути, например, в желудок — через рот и пищевод, в бронхи— через гортань, в мочевой пузырь — через мочеиспускательный канал, а также путём проколов или операционных доступов (лапароскопия и др.)

В своем развитии эндоскопия прошла несколько стадий, характеризовавшихся совершенствованием оптических приборов и появлением новых методов диагностики и лечения. До определённого времени осмотр внутренних органов без хирургического вмешательства был невозможен. Врачам были доступны только такие неинвазивные методы исследования внутренних органов, как пальпация, перкуссия и аускультация.

Первые попытки применения эндоскопии были предприняты уже в конце XVIII века, но это были опасные и неосуществимые попытки. Только в 1806 году Филипп Боззини, считающийся в настоящее время изобретателем эндоскопа, сконструировал аппарат для исследования прямой кишки и полости матки. Аппарат представлял собой жесткую трубку с системой линз и зеркал, а источником света была свеча. Этот прибор ни разу не был использован для исследований на людях, поскольку автор был наказан медицинским факультетом Вены «за любопытство».

В дальнейшем свечу в эндоскопах сменила спиртовая лампа, а вместо жёсткой трубки вводился гибкий проводник. Однако, главными осложнениями обследования оставались ожоги, от которых медики частично избавились только с изобретением миниатюрных электроламп, которые укреплялись на конце вводимого в полость аппарата.

В закрытые полости, не имеющие естественной связи с внешней средой, аппарат вводился через создаваемое отверстие (прокол в стенке живота или грудной клетки). Тем не менее, до появления волоконно-оптических систем эндоскопическая диагностика не получила широкого применения.

Таким образом, современная эндоскопия играет особую роль в распознавании ранних стадий многих заболеваний, в особенности — онкологических заболеваний (рак) различных органов (желудок, мочевой пузырь, лёгкие). Чаще всего эндоскопию сочетают с прицельной (под контролем зрения) биопсией, лечебными мероприятиями (введение лекарств), зондированием.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ.

Бектемирова Н.Т.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения катарактой страдают более 40 миллионов человек в мире. Ежегодно – производится до 10 млн. оперативных вмешательств по поводу катарактой. При обеспечении анестезиологического пособия в хирургической офтальмологии имеет огромное значение учет состояния офтальмотонуса, который находится в прямой зависимости от гемодинамики глаза, исследование которой имеет большое значение для изучения патогенеза и клинической картины многих заболеваний органа зрения, особенно глаукомы. Работы многих авторов (Берсенев С.В., Рылов П.М., Костарев С.Б., Комлев В.А. 2016; 2 (2): 56-57) свидетельствуют, что сосудистый фактор является одним из важнейших звеньев в механизме изменения ВГД. Уже на ранних стадиях болезни выявляются изменения сосудистого тракта. Тонометрия глаза — один из ведущих методов, используемых при обследовании больного с офтальмо патологией.

Цель исследования: Сравнительное изучение состояния микроциркуляции бульбарной конъюнктивы при применении различных местных анестетиков для проводниковой блокады при операциях по поводу катаракты.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии у 50 больных с диагнозом катаракта (приобретенная), оперированных под местной анестезией у гериатрических больных с высоким анестезиологическим риском. Больным в изучаемых группах были проведены следующее операции: экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ЭЭК+ИОЛ0, Тоннельная экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы(ТЭК+ИОЛ).

Больных в зависимости от применяемого местного анестетика разделили на три группы. I группу составили больные, которым в качестве местного анестетика применяли 2 % новокаин, во II группе использовали 2 % раствор лидокаина и III группе для проведения проводниковой анестезии применили 0,5% раствор Бупивакаина.

Премедикацию проводили за 30-40 минут до операции. Для этого применяли анальгин 25-50% по 4 - 2 мл, димедрол 1% по 1-2 мл, дроперидол из расчета 20 мкг/кг, диазепам – 0,2 мг/кг. Ретробульбарную блокаду во всех изучаемых группах проводили по методике Дж. Морган, С. Михаил.

Телевизионную капилляроскопию бульбарной коньюктивы проводили люминесцентным микроскопом типа «Люмам ИЗ» с фотонасадкой ОЛК-2 в комплекте с телевизионным капилляроскопом ТМ-1 и телевизионным цифровым анализатором параметров микроциркуляции (МЦ), соединенным с персональным компьютером IBM PC/AT. Для количественной оценки параметров микроциркуляции (МЦ) использован телевизионный цифровой анализатор. Он осуществляет цифровое преобразование поступающего видеосигнала с телевизионного датчика. Полученные данные обрабатывались на компьютере. Определяли: величину диаметра сосудов артериолы, капилляры, венулы (мкм); скорость кровотока в сосудах (мм/сек); артерио-венулярный коэффициент сопряженных сосудов.

Собственные исследования и их обсуждение. Анализ результатов калиброметрии в обследованных подгруппах показал, что после местной блокады изучаемыми анестетиками отмечается расширение спазмированных артериол, увеличение диаметра капилляров, нарастание скорости кровотока в капиллярах и повышение артерио-венозного коэффициента.

Если после новокаина расширение спазмированных артериол было на 47,8%, после лидокаина на (56,6%) соответственно, то под воздействием бупивакаина диаметр артериол увеличился почти в 2 раза (96,9%). Увеличение диаметра капилляров после новокаина и лидокаина составило на 31,3% - 32,8% соответственно. После бупивакаина - 42,8%

Проведенные исследования показали, что изменения в венозной части были незначительными - практически не менялись. Это мы объясняли тем, что в исходных данных диаметр вен был увеличенным на 14,2; 13,5 и 13,7 мкм от нормы соответственно в исследуемых группах. Это свидетельствовало о венозном застое у наших больных, на что указывало снижение кровотока в них и в целом глазу. Это, на наш взгляд, объясняется органическими изменениями в сосудах, которые связаны с возрастными особенностями изучаемых больных, имеющейся офтальмологической патологией.

Скорость кровотока после анестезии увеличилась во всех исследуемых группах, но не в равной степени. Она была более выражена в группе, где анестезия проводилась бупивакаином – увеличение в 2 раза. (51,0%).

Артерио-венозный коэффициент повысился после новокаина на 45,7%, лидокаина - 55,8%, бупивакаина на -76,4%

Выводы. Скорость тока крови после анестезии улучшалась во всех группах, но более выражена в группе, где анестезия проводилась бупивакаином – увеличение в 2 раза.

Таким образом ретробульбарная анестезия бупивакаином способствует снижению тонуса резистивных сосудов и увеличение скорости кровотока в глазу. Увеличение артериального притока крови, приводящего к снижению исходного венозного стаза, что свидетельствует о благоприятном действии бупивакаина на микроциркуляцию глазного яблока

ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГРУДИ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Гамидов С.Ш., Индиаминов С. И.
Навоийский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы
Самаркандский Государственный медицинский институт

Основной причиной сочетанной травм (СТ) в настоящее время становятся ДТТ, который наносит огромный материальный и моральный ущерб как обществу в целом, так и отдельным гражданам. В решении судебно-следственных задач при ДТТ значительную помощь оказывает судебно-медицинская экспертиза (СМЭ), в процессе которой устанавливаются такие важные для следствия и суда вопросы, как причины и условия ДТТ, тип транспорта (автомобиля), скрывшегося с места события, механизм (фазы) травмы и др.

Цель исследования. Выявление особенностей формирования повреждений структуры грудной клетки и органов грудной полости у пешеходов при их столкновениях с движущимися автомобилями.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов судебно-медицинских экспертиз 215 трупов, погибших при столкновениях с движущимися автомобилями. Среди погибших мужчин - 173, женщин - 42. Возраст пострадавших от 14 до 75 лет.

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам судебно-медицинской экспертизы на теле у 206 (95,8%) погибших пешеходов имело место СТ 2-х и более частей тела и лишь у 9-ти (4,7%) погибших выявлена изолированная черепно-мозговая травма (ЧМТ). В составе СТ преобладала травма двух и более частей тела с переломами костей конечностей (120) – 55,8% и СТ головы, груди, живота (50) – 23,3%. Повреждения структуры головы (ЧМТ) как в составе СТ, так и в изолированном виде отметили почти у всех погибших пешеходов. В составе СТ повреждения структуры груди и органов грудной полости отметили в 184 случаях (85,6%), при этом у 17 погибших пешеходов (7,9%) отметили переломы ключицы, по локализации преобладали переломы по концам её, что свидетельствовало об их формировании при падениях пострадавших на дорожное покрытые в 3-й фазе АТ.

У 124 пешеходов (57,7%) отмечены переломы ребер по разным линиям с повреждениями межреберных мышц, париетальной плевры. Переломы чаще всего (59 из 124) были двусторонними, а переломы правых и левых ребер возникали в одинаковой степени (31 и 34 соответственно). В 64 случаях (29,8%) переломы у погибших пешеходов охватывали почти все ребра (с 1 по 11 ребро), по локализации преобладали переломы по среднеключичной и подмышечным линиям, которые по характеру были непрямыми с признаками сжатия на внутренний и растяжения – на наружной пластинах. Это указывает на то, что переломы ребер у пешеходов формируются в основном в 3-й фазе АТ – падениях пострадавших на дорожное покрытие. Нередкими были переломы тела грудины (17).

Со стороны грудной полости у 184 погибших отмечались наиболее выраженные кровоизлияния в области средостения, в корни и другие отделы легких, а также сердечную сорочку, в мышцах сердца и стенках магистральных сосудов, интенсивность кровоизлияний преобладала в тканях легких. Из них в 36 случаях имели место разрывы легких, сердца, аорты, трахеи и сердечной сорочки.

Выводы. Приведенные данные указывают на то, что у пешеходов, пострадавших при автомобильной травме, преобладают повреждения структуры легких, формирование которых обусловлено их ушибом при сильных сотрясениях тела пострадавших, наблюдаемых в 3-ей фазе АТ – падениях пешеходов на дорожное покрытия. Повреждения структуры легкие, трахеи и сердца явились основной причиной смерти пострадавших на догоспитальном этапе в результате развития травматического (геморрагического, плевропульмонального) шока и гемо-пневмоторакса.

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

J.A.Ganijonov, K.N.Ergashev, X.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 of time, 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, ie in patients with obstructions to cholecystectomy, such results are of "irreplaceable" practical importance.

ПРИЧИНА И ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОСТКОВИДНОГО СОСТОЯНИЯ

Далимов А.А., Якубов Н.И., Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Постковидный синдром — патологическое состояние после коронавируса, которое может сопровождаться различной симптоматикой. С подобным синдромом сталкивается практически каждый человек, переболевший инфекцией. В этом тезисе мы рассмотрим основные признаки постковидного синдрома и эффективные методы реабилитации.

В настоящее время существует несколько гипотез, которые пытаются объяснить формирование постковидного синдрома. Одна из них утверждает, что патологическая симптоматика после коронавируса — это проявления хронического тромбоваскулита.

У всех на слуху такое осложнение коронавируса, как пневмония, при которой поражаются легкие. Однако это далеко не самое распространенное осложнение инфекции. При COVID-19 тяжелое воспаление легких наблюдается только у незначительной части пациентов. Гораздо чаще встречается воспаление стенок сосудов головного мозга, которое может продолжаться и после коронавируса.

Данная гипотеза частично объясняет некоторые симптомы постковидного синдрома, но далеко не все. Современной медицине еще предстоит найти точные причины его возникновения и до конца оценить последствия.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПОСТКОВИДНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ

Далимов А.А., Якубов Н.И., Мамарасулова Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Патологический процесс разрастания в легких фиброзной (соединительной или рубцовой) ткани с постепенным замещением ею легочной альвеолярной ткани называют фиброзом. Процесс характеризуется постепенным снижением дыхательной функции вплоть до критического уровня. Ткань, образующая легкие, становится все менее эластичной и растяжимой. Уплотнение затрудняет газовый обмен: кислороду и углекислому газу становится сложнее проникать через стенки альвеол, способность легких к расширению постепенно теряется. В зависимости от локализации образования фиброзных участков и причин их появления зависит общее течение болезни.

В настоящее время не существует методов лечения фиброза легких, которые приводили бы к восстановлению легочной ткани в полном либо даже частичном объеме. Задачей врача становится определение причины, вызывающей разрастание соединительной ткани, и прекращение этого процесса. Определенные успехи в этом направлении уже достигнуты. В случаях, когда фиброз является следствием воспалительного либо аутоиммунного процесса, терапия устраняет воспалительный процесс, и разрастание фиброзной ткани прекращается.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Далимова Шоирахон Касимджановна
Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса профессиональной гигиены полости рта у пациентов с сахарным диабетом (СД) и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии АГМИ г.Андижан. Нами было обследовано 30 пациентов с СД и диагнозом хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести в возрасте от 20 до 30 лет. Далее пациенты были разделены случайным образом на 2 группы по 15 человек. 1-й группе пациентов проводился комплекс профессиональной гигиены полости рта, включающий в себя снятие над- и поддесневых зубных отложений, полировку зубов, обучение и коррекцию индивидуальной гигиены полости рта, назначение лечебно-профилактической зубной пасты и ополаскивателя для полости рта для использования в течение месяца. Во 2-й группе также проводился комплекс вышеперечисленных мероприятий, а в дополнение была выполнена Vector- терапия аппаратом Vector Paro (Durr Dental, Германия). Через 4 недели пациенты были повторно обследованы по указанной выше схеме.

Результаты исследования. Результаты первичного анкетирования показали, что у половины пациентов (47,5 %) имеются жалобы на состояние полости рта. Так, 40 % опрошенных указали на повышенную кровоточивость десен при чистке зубов, а 57,5 % жаловались на гиперестезию твердых тканей зубов от холодного. Упрощенный индекс гигиены Грина-Вермилльона у пациентов с сахарным диабетом в целом находился на удов-
летворительном уровне, однако индекс налета на апроксимальных поверхностях зубов был достаточно высоким. Глубина зондирования пародонтальных карманов не превышала 4 мм, а на ортопантомограмме выявлялась резорбция костной ткани не более чем на 1/3 вершины межзубных перегородок, что соответствует установленному диагнозу хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. pH ротовой жидкости в среднем был ниже 7 единиц. Через месяц после проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта в 1-й группе пациентов выявлено улучшение гигиенического и пародонтологического статуса (снизились значения индексов: OHI-S, API, PMA, BOP). pH ротовой жидкости увеличился. Жалобы на кровоточивость остались лишь у 10 % пациентов, а чувствительность зубов от холодного сохранилась у 30 %. Около 70 % пациентов отметили улучшение состояния зубов и десен через 4 недели после проведенных мероприятий. Однако результаты повторного обследования во 2-й группе пациентов оказались более значимыми. Так, значения всех используемых индексов значительно снизились, что говорит
о более выраженном улучшении гигиены полости рта и состояния пародонта при использовании аппарата Vector. pH ротовой жидкости изменился в щелочную сторону. При этом жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и гиперестезию сохранились всего у 30 % опрошенных. В целом, улучшение состояния полости рта было заметно 90 % пациентов

Выводы. У пациентов с СД типа и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в целом наблюдается неудовлетворительное состояние гигиены полости рта и выраженные признаки воспаления тканей пародонта). Однако после проведенного этапа профессиональной гигиены полости рта отмечается улучшение гигиенического и пародонтологического статуса в данной группе. Наибольшую эффективность показало применение аппарата Vector Paro в комплексе консервативного лечения пародонтита, что подтверждается более выраженными изменениями стоматологических индексов в лучшую сторону и снижением жалоб пациентов.

НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Далимова Шоирахон Касимджановна
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель. Создать способ индивидуального подбора средств гигиены полости рта для профилактики кариеса.

Материалы и методы. Исследовались зубные пасты «R.O.C.S.» с кальцием, «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, «R.O.C.S.» с фторидом натрия. В пробирку собирали ротовую жидкость пациента. Зубы очищали механически без использования зубной пасты, после чего производили измерение гидрофобности эмали зубов пациента по методу «сидячей капли». Из «банка зубов» подбирали зубы, удаленные по медицинским показаниям, гидрофобность эмали которых соответствовала гидрофобности эмали зубов пациента. В течение 20 секунд зубы очищали зубной щеткой средней жесткости с использованием исследуемого средства гигиены полости рта. В качестве контроля использовали зуб, без очищения средством гигиены. Зубы погружали в ротовую жидкость па
циента, и помещали в термостат при температуре 37 градусов. С интервалом исследования 1 час: определяли время появления зубной бляшки с помощью окрашивания раствором Шиллера-Писарева, поверхность зуба очищали от бляшки и производили оценку гидрофобности эмали зубов методом «сидячей капли».

Результаты. Начало роста зубной бляшки на зубе, без очищения средством гигиены, наблюдалось через 2 часа. Гидрофобность эмали под зубной бляшкой в среднем уменьшалась на 191 % от исходного значения. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с кальцием, начало роста зубной бляшки было зарегистрировано через 3 часа. Гидрофобность уменьшалась в среднем на 186 %.При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 160 %. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с фторидом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 84 %. Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма Данные пасты замедляли скорость образования зубной бляшки с одинаковой эффективностью – на 50 %. Зубная паста, содержащая кальций, увеличивала гидрофобность всего на 5 %, по сравнению с гидрофобностью, на зубе, без очищения зубной пастой. Зубная паста, содержащая монофторфосфат натрия, увеличивала гидрофобность на 31 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия, увеличивала гидрофобность более чем в два раза – на 107 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия в большей степени увеличивала резистентность эмали к действию кислоты.

Выводы. По полученным результатам необходимая кратность чистки зубов составила 4 раза в сутки (после каждого приёма пищи), а более эффективным противокариозным средством оказалась паста, содержащая фторид натрия. Данный метод исследования средств гигиены полости рта позволяет проводить оценку противокариозной эффективности средств гигиены полости рта, как с целью научных исследований, так и в клинике для индивидуального подбора средств гигиены. Метод позволяет динамично контролировать эффективность применяемых средств гигиены и при появлении признаков адаптации микроорганизмов ротовой жидкости к компонентам средств гигиены своевременно поменять его на более эффективные.

PROVIDING FIRST AID IN ACCIDENT

Dekhonov M.A., Zhumaboev M.O.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Each driver is obliged to master the basics of providing first aid to himself and to other victims, as well as to have a first aid kit. This is necessary, as they say, not for show, but in order to be useful with your knowledge and skills in an extreme situation, which can save a person's life.

At present, over 30 thousand people die in road accidents every year on the roads of Russia. Most of the victims could well have survived if first aid had been provided to them in a timely manner before the arrival of the ambulance brigade.

In most cases, in case of an accident, first aid at the scene is not provided in full or at all. This is largely due to the ignorance and inability of road users, road service employees, employees of gas stations, traffic police officers to provide this type of assistance. It is worth noting that on many road sections there are no means of communication (telephone, radio) to immediately inform the rescue services and ambulance services about an accident, therefore, the provision of first aid to victims by eyewitnesses of the accident is a very urgent problem.

The purpose of creating an educational and methodological complex is to improve the quality of training drivers to provide first aid to victims of road traffic accidents.

Materials and research methods. Road traffic accident (RTA) - an event that occurred during the movement of a vehicle on the road and with its participation, in which people were killed or injured, vehicles, structures, goods were damaged, or other material damage was caused.

Research results. Most road traffic accidents occur as a result of improper actions by drivers or other transport workers. Their reasons may also be the actions (or inaction) of other persons - pedestrians, cyclists, passengers, as well as vehicle malfunctions, unsatisfactory road conditions, etc.

The list of the main causes of road accidents includes:

• violation of traffic rules, including:
- alcoholic intoxication;
- exceeding the permissible speed;
- conversations on a mobile phone;
- not using seat belts;
- use of a faulty vehicle;
- driver fatigue (the driver may fall asleep while driving if he is very tired).
• conversation with passengers;
• smoking while driving;
• food while driving;
• control of electronic devices (radio, CD player or GPS) while driving;
• listening to music.

Studies have shown that drivers who listen to music while driving are more prone to speeding and are more likely to get into accidents because they become inattentive.

Conclusions. A detailed study of foreign and Russian legislation governing the training of candidates for vehicle drivers in first aid techniques, the legal status of organizations conducting such training, as well as the procedure for passing qualifying exams for the right to drive vehicles in the first aid section were studied in detail.

DIAGNOSTICS AND EXPERT CRITERIA OF WHEEL DRIVING INJURY IN CASES OF ROAD ACCIDENTS

Dekhonov M.A., Yuldashev A.A.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Despite the existing, a certain gap in the theoretical development of morphological criteria for injury from moving a body with a road wheel, justice officials require an expert to solve specific problems related to determining the type of injury from a wheel crossing, body position at the time of moving, the place where the wheel rolls onto the body, moving directions.

Consequently, it is highly relevant and necessary to apply an integrated approach to the study of the mechanism of injury from moving the body by a head of road transport in these aspects, which determined the goal and objectives of this study.

Purpose of the study. Based on the foregoing, the purpose of this study was to establish expert criteria not only for the fact of crossing the victim's body by road transport, but also developing the mechanisms of injury and their morphology depending on the position of the body, the place of entry of the wheel and the direction of the crossing.

Material and research methods. Material from 25 corpses of persons who died in a road accident was subjected to the research process. In 20 persons, death occurred at the scene. Other victims died in hospitals or on the way to them.

Research results. Morphological studies and descriptive analysis of the objects of study were carried out as the material accumulated. Areas of tissues and organs with damage after a static period of study on corpses and in isolated complexes of internal organs, if possible, were removed from the corpses, and then carefully studied separately.

Particular attention was paid to the identification of morphological and other features of damage: in shape, in the edges, depth, in the location in relation to the axes and planes of the body, in the location of the same type of damage in the area of one object of observation. The study of damage to items of clothing required, in addition to taking into account all these points, descriptions and other features.

The diagnostic process in morphological studies was also facilitated by the conduct of 33 echographic examinations of the internal organs of persons taken to hospitals from the places of road accidents.

Conclusions. When deciding on a crossing over the wheel body of a road transport, the fundamental criterion should be a combination of the previously established and previously known signs that have specific information, taking into account other damages indicating an injury from the crossing.

The rule of using the totality of injuries in determining the type of injury from moving does not exclude the possibility of using for this purpose individual injuries included in the list, since they have the necessary specific characteristics.

Taking into account the various possibilities for the formation of injuries, the establishment of the position of the body at the time of the move should be based on the identification of a set of signs indicating a possible position of the body, as well as on the basis of individual signs (with a 10C £ -th probability of establishing a position) in the absence of their combination.

EXPERT CRITERIA FOR FATAL HUMAN DAMAGE BY AGRICULTURAL MACHINES AND MECHANISMS

Dekhonov M.A., Yuldashev A.A.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Agricultural injury is one of the important problems that should be considered in both medical and socio-economic aspects. The fight against injuries and their consequences, the development of measures for its prevention, the creation of a clear and consistent system of rehabilitation for those who have not suffered, the reduction of temporary and permanent disability, the reduction of the level of disability and mortality from injuries represent a huge reserve for saving public funds and are the most important task of our time.

The aim of the research is to study the structure, causes and morphological characteristics of fatal injuries by agricultural machines, mechanisms and tools; to develop and substantiate criteria for the forensic medical establishment of the impact of mechanized means, their individual units and parts according to the characteristics of the damage they cause

Materials and research methods. The material for the study was 3 sources of information: the corpse of lindens who died: from accidents in agriculture, acts of forensic medical research (examinations) of the corpses of such persons, and such material evidence.

Investigated 108 corpses of persons of both sexes at the age of 3-72 years, who died from injuries received under various circumstances in agricultural conditions.

The results of the study showed that the morphological properties of injuries alone are insufficient for the diagnosis of groups and types of agricultural machine injury. Since the diagnostic significance of the signs (criteria) is far from being equivalent, it was necessary to divide them according to the degree of information content.

For practical purposes, specific, characteristic and uncharacteristic features are highlighted. Specific signs are called reliable, direct, necessary, or absolutely sufficient. Characteristic features are conditionally or collectively sufficient, and uncharacteristic - indirect, indefinite or nonspecific. Specific signs are contact marks arising from the contact of a certain part of the unit and are characterized by the fact that they repeat, display in size, shape, relief and other properties that part of the mechanized vehicle that was in contact with clothing or the body at the time of injury. They can be in the form of contamination of a peculiar Form or in the form of damage. Specific signs (criteria) are certainly sufficient to prove the act of contact of the source of injury with a person.

Typical signs are such evidences that are more common with certain types of damage by mechanized means, but can also occur under other influences: deformation of a part of the body, clothing imprints on the skin, signs of a general concussion of the body, etc. A characteristic feature in itself does not yet indicate the impact of a certain agricultural machine or its part on the victim, does not indicate the type of injury, however, in its entirety, as well as when the circumstances of the incident are obvious, it has the properties of sufficiency to justify expert conclusions. Characteristic signs acquire a special diagnostic value in combination with specific ones.

Uncharacteristic signs do not have an independent diagnostic value, however, they acquire some evidence in combination with specific or characteristic signs, increasing their value.

Conclusions. The results of the analysis of the causes of fatal accidents in agriculture have shown that they are very numerous and variable.

We believe that in. the basis of most accidents in agriculture is a peculiar attitude of working machine operators to accidents in the form of the so-called favorable preference. The best proof of its vitality and correspondence to reality is that most of the factors are embedded in its essence and only a small number of them do not find such confirmation.

The set of proposals developed by us aimed at reducing the number and severity of agricultural injuries seems to be holistic, reflects the possibilities of preventing accidents in agriculture at the present stage and can be implemented in life.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ

Джумабаев Э.С. Мадазимов М.М.
Андижанский медицинский институт. Узбекистан

Собственные исследования и данные литературы по изучению лимфатической системы трансплантатов и окружающих тканей в эксперименте и клинике - наливку тушью, изучение морфологии, капилляроскопию, введение радиоизотопов, свидетельствуют о существенной роли лимфатического дренажа в исходе восстановительных и пластических операций.

Цель исследования: Улучшение результатов восстановительных и пластических операций, путем использования региональной лимфатической терапии (РЛТ).

Материалы и методы. В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра г.Андижана, обследовано 236 больных после различных восстановительных и пластических операций выполненных по поводу перенесенной ожоговой травмы. Выбор операции зависел от локализации поражения, анатомических особенностей расположения и распространенности рубцов, наличия непораженной кожи смежных областей, а также от глубины и обширности дефектов мягких тканей Больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 160 больных, у которых в раннем послеоперационном периоде проводилась региональная лимфатическая терапия (РЛТ) и контрольная группа – 76 больных, у которых послеоперационный период вели традиционно, антибиотикотерапия у этих больных проводилась внутримышечным способом.

Способ РЛТ (патент Uzb. №2931;3893) заключался в региональной стимуляции лимфатического дренажа области операционного вмешательства и региональной лимфотропной антибиотикотерапии. Методика: Строго подкожно у основания кожно-жирового или кожно-фасциального лоскута последовательно вводится лидаза 8-16 ед., гепарин 70 ед/кг. и 0,5% раствор новокаина 10-20,0 мл. Не вынимая иглы, через 3-5 минут вводится разовая доз аантибактериального препарата. Использовали синтетические пенициллины, аминоглокозиды и цефалоспорины I-II поколения. На место введения накладывается полуспиртовый компресс на 2 часа. Манипуляция выполняется ежесуточно. На курс лечения 4-6 сеансов.

У каждого больного подбор региона воздействия осуществлялся с учётом сегментарного оттока лимфы от различных регионов организма (Б.В. Огнев, 1966; С.У.Джумабаев с соавт., 1985). Для оценки состояния кроволимфообращения в кожно-жировых и кожно-фасциальных лоскутах изучали динамику транскутанного парциального давления кислорода (TcPO2) закрытым электродом типа Кларка в условиях нагревания кожи под ним до 43оС, для максимального расширения сосудистой сети и создания стандартных условий измерения.

Результаты. Анализ состояния микрогемолимфоциркуляции при определении динамики чрезкожного парциального давления кислорода (PTCO2) у основания, в центре и дистальном конце кожно-жирового и кожно-фасциального лоскутов до и после лимфотерапии, а также в контрольной (подключичная область) зоне у 22 больных на этапах хирургического лечения, показал достоверное увеличение кроволимфообращения на фоне РЛТ.

В основной группе больных, которым проводилась региональная лимфатическая терапия, наблюдали более благоприятное течение послеоперационного периода, что проявлялось незначительным отеком и лучшей текстурой пересаженного лоскута. В меньшей степени проявлялся болевой синдром. Все это

способствовало более активной реабилитации пациентов. Краевой некроз лоскута наступил у 6 (3,7%) больных, лизис трансплантата у 2 (1,25%), и нагноения ран наблюдались также у 2 (1,25%) больных, что составило 6,2%. В контрольной группе некроз лоскута возник у 8 (10,5%) больных, лизис трансплантата у 2 (2,6%) и нагноение раны в 2 (2,6%) случаях.

Выводы. Применение региональной лимфатической терапии в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода и уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений более чем в 2 раза.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ

Джумабаев Э.С. Мадазимов М.М.
Андижанский медицинский институт. Узбекистан

Собственные исследования и данные литературы по изучению лимфатической системы трансплантатов и окружающих тканей в эксперименте и клинике - наливку тушью, изучение морфологии, капилляроскопию, введение радиоизотопов, свидетельствуют о существенной роли лимфатического дренажа в исходе восстановительных и пластических операций.

Цель исследования: Улучшение результатов восстановительных и пластических операций, путем использования региональной лимфатической терапии (РЛТ).

Материалы и методы. В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра г.Андижана, обследовано 236 больных после различных восстановительных и пластических операций выполненных по поводу перенесенной ожоговой травмы. Выбор операции зависел от локализации поражения, анатомических особенностей расположения и распространенности рубцов, наличия непораженной кожи смежных областей, а также от глубины и обширности дефектов мягких тканей Больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 160 больных, у которых в раннем послеоперационном периоде проводилась региональная лимфатическая терапия (РЛТ) и контрольная группа – 76 больных, у которых послеоперационный период вели традиционно, антибиотикотерапия у этих больных проводилась внутримышечным способом.

Способ РЛТ (патент Uzb.№2931;3893) заключался в региональной стимуляции лимфатического дренажа области операционного вмешательства и региональной лимфотропной антибиотикотерапии .Методика: Строго подкожно у основания кожно-жирового или кожно-фасциального лоскута последовательно вводится лидаза 8-16 ед., гепарин 70 ед/кг. и 0,5% раствор новокаина 10-20,0 мл. Не вынимая иглы, через 3-5 минут вводится разовая доз аантибактериального препарата. Использовали синтетические пенициллины, аминоглокозиды и цефалоспорины I-II поколения. На место введения накладывается полуспиртовый компресс на 2 часа. Манипуляция выполняется ежесуточно. На курс лечения 4-6 сеансов

У каждого больного подбор региона воздействия осуществлялся с учётом сегментарного оттока лимфы от различных регионов организма (Б.В. Огнев, 1966; С.У.Джумабаев с соавт., 1985). Для оценки состояния кроволимфообращения в кожно-жировых и кожно-фасциальных лоскутах изучали динамику транскутанного парциального давления кислорода (TcPO2) закрытым электродом типа Кларка в условиях нагревания кожи под ним до 43оС, для максимального расширения сосудистой сети и создания стандартных условий измерения.

Результаты. Анализ состояния микрогемолимфоциркуляции при определении динамики чрезкожного парциального давления кислорода (PTCO2) у основания, в центре и дистальном конце кожно-жирового и кожно-фасциального лоскутов до и после лимфотерапии, а также в контрольной (подключичная область) зоне у 22 больных на этапах хирургического лечения, показал достоверное увеличение кроволимфообращения на фоне РЛТ.

В основной группе больных, которым проводилась региональная лимфатическая терапия, наблюдали более благоприятное течение послеоперационного периода, что проявлялось незначительным отеком и лучшей текстурой пересаженного лоскута. В меньшей степени проявлялся болевой синдром .Все это способствовало более активной реабилитации пациентов. Краевой некроз лоскута наступил у 6 (3,7%) больных, лизис трансплантата у 2 (1,25%), и нагноения ран наблюдались также у 2 (1,25%) больных, что составило 6,2%. В контрольной группе некроз лоскута возник у 8 (10,5%) больных, лизис трансплантата у 2 (2,6%) и нагноение раны в 2 (2,6%) случаях.

Выводы. Применение региональной лимфатической терапии в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода и уменьшению количества ранних послеоперационных осложнений более чем в 2 раза.

ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ЕЁ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Джумабаев Э.С. Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А .С., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актульность проблемы. Лечение больных раком ободочной кишки (ОК), осложнённым её острой непроходимостью, направлено на спасение жизни больных в ургентной ситуации. По мнению многих авторов, операция Гартмана является лучшим видом оперативного вмешательства при осложнённых формах рака левой половины ОК. Однако, несмотря на достижения в этой области, послеоперационная летальность остаётся высокой даже в специализированных стационарах неотложной хирургической помощи и колеблется от 16 до 52%. Частота послеоперационных гнойно-септических осложнений при выполнении операций на высоте острой толстокишечной непроходимости достигает 38,6—80%.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения больных с острой непроходимостью ободочной кишки опухолевого генеза, после операции Гартмана, путем проведения региональной лимфатической терапии.

Материал и методы. В работе представлены результаты клинических исследований и анализ историй болезни 36 больных раком ОК, осложнённым острой непроходимостью толстой кишки (ОНТК), лечившихся в отделениях неотложной хирургии клиники Андижанского государственного медицинского института. Большая часть больных относилась к группе пожилого возраста (в среднем 71,3+5,6 года). 80,8% поступили спустя сутки от развития клинических симптомов ОНТК. В 38,4% отмечалось сочетание трёх сопутствующих заболеваний, в 50,4% - сочетание двух. Общесоматическая патология определяла выбор тактики лечения, а декомпенсация этих заболеваний являлась наиболее частой причиной летальных исходов. В 90,1% случаев отмечена декомпенсированная и субкомпенсированная обтурационная кишечная непроходимость. Опухоль, осложнённая ОНТК (81,7%), локализовалось в левой половине ОК, при этом сигмовидная кишка была поражена опухолью почти в 60% всех случаев. Гистологический результат получен у 36 оперированных больных. Из них у (98,2%) выявлена аденокарцинома, при этом наиболее часто (37,1%) средней степени дифференцировки. У 3 пациентов была обнаружена перстневидно- клеточная карцинома, у 1 — скирр. В абсолютном большинстве случаев (91%) опухолевая непроходимость ОК была обусловлена III и IV стадией заболевания, на долю II стадии приходилось 8,2%, а больные с I стадией встречались - в 0,8%.

Наблюдаемым больным с опухолевой непроходимостью ОК выполнена резекция левой половины ОК типа Гартмана.В послеоперационном периоде больные разделены на две группы. В первую, основную группу вошли 12 пациентов, которым проводилась региональная лимфатическая терапия, через установленный в брыжейке толстой кишки катетер. Во вторую, контрольную группу - 24 пациента, у которых послеоперационный период велся традиционно. Региональная лимфатическая терапия (патент № 4706856 от 14.02.92 г.), включала в себя лимфотропное введение антибиотиков и стимуляцию лимфатического дренажа в раннем послеоперационном периоде, через оставленный в брыжейке ободочной кишки катетер, однократно в сутки, в течение 6-7 дней.

Результаты и исследования. В контрольной группе в послеоперационном периоде отмечено осложнений в 57,1% случаев: в 20,4% у пациентов преклонного возраста - острая сердечно-сосудистая недостаточность, в 11,2% - пневмония, в 4,1%- третичный перитонит, в 10,2% -нагноение ран, в 7,2% — острый инфаркт миокарда, в 2 ,1% - полиорганная недостаточность и в 2% — тромбоэмболия лёгочной артерии. В основной группе: осложнения возникли в 21,3% случаев: в 10 % у пациентов - острая сердечно-сосудистая недостаточность, в 5,2% - пневмония, в 5,2% -нагноение ран, в 4,1% — острый инфаркт миокарда, в 2% - полиорганная недостаточность. Послеоперационная летальность в основной группе отсутствовала, а в контрольной составила 42,9%. Основной причиной летальных исходов явились, третичный перитонит с абдоминальным сепсисом, острая сердечно-сосудистая недостаточность и инфаркт миокарда, отмеченные 30,6% больных. Средние сроки лечения больных в основной группе составляли 23,7+11,4 дня, в контрольной — 28,0± 19,8 дня.

Выводы. Региональная лимфатическая терапия, является эффективным методом профилактики и лечения ряда послеоперационных осложнений и летальности у больных раком ободочной кишки, осложнённым её острой непроходимостью.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Джумабаев Э.С.
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Введение. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 234 млн. обширных оперативных вмешательств, серьезные осложнения развиваются в 3-16% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,4-0,8%, а в развивающихся странах: 5-10% [4]. Не принесла ожидаемых результатов и, так называемая, Fast Trask Surgery, направленная на уменьшение осложнений и быструю реабилитацию пациентов за счет использования современных малоинвазивных технологий и прогрессивной реанимации [6, 9]. Наряду с этим, в специальной литературе отсутствует систематизированная форма выявления и учета послеоперационных осложнений как, впрочем, и упорядоченная общепринятая классификация хирургических осложнений, в системе здравоохранения, что не позволяет своевременно выявлять и корригировать осложнения, возникающие на ультраструктурном уровне в раннем послеоперационном периоде. Существующие классификации послеоперационных осложнений в специальностях «кардиохирургия» [1], «легочная хирургия» [2], при абдоминальной травме [3], а также недавно предложенные, международные и российская редакции классификаций осложнений в хирургии [4], представляющих собой комбинацию двух систем оценки: классификации интраоперационных неблагоприятных инцидентов по R.Satava [5] и модификации классификации послеоперационных осложнений Clavien-Dindo, Occordion [6-9], к сожалению, не отражают весь спектр патологических процессов развивающихся на самых ранних стадиях послеоперационного периода в интерстициальном пространстве и лимфатической системе области хирургического вмешательства, в значительной степени предопределяющих исход хирургического лечения.

Цель работы – изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике и лечении.

Материалы и методы. 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 состояния интерстициальной ткани зоны операционного вмешательства, микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний и выполнения хирургических вмешательств. Клинические наблюдения охватывают более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. 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, чрезмерного отека и так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется развитием ранних послеоперационных осложнении в виде дискинезии полых органов, инфильтратов, анастомозитов, несостоятельности швов, гнойно-септических процессов и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде. Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии, (патент СССР № 365/98), лимфогеннойгистореанимации (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 и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека .

Результаты клинических и экспериментальных исследований показали, что метод локальной лимфогенной гистореанимации достоверно улучшает дренаж и микроциркуляцию тканей, нормализует местный иммунологический гомеостаз, позволяет быстрее выводить из состояния «шока» и парабиоза оперированные ткани и органы. Использование региональной лимфотропной антибиотикотерапии позволяет

создавать в тканях, центральной лимфе и крови длительно удерживающиеся, терапевтические концентрации антибиотиков при использовании их доз в 3-4 раза ниже общепринятых. С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфатической терапии в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,2-1,5 раза, уменьшение количества иньекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

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.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Джумабаев Э.С.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Введение. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выполняют 234 млн. обширных оперативных вмешательств, серьезные осложнения развиваются в 3-16% случаев, показатели стойкой нетрудоспособности или смертности составляют 0,4-0,8%, а в развивающихся странах: 5-10% [4]. Не принесла ожидаемых результатов и, так называемая, Fast Trask Surgery, направленная на уменьшение осложнений и быструю реабилитацию пациентов за счет использования современных малоинвазивных технологий и прогрессивной реанимации [6, 9]. Наряду с этим, в специальной литературе отсутствует систематизированная форма выявления и учета послеоперационных осложнений как, впрочем, и упорядоченная общепринятая классификация хирургических осложнений, в системе здравоохранения, что не позволяет своевременно выявлять и корригировать осложнения, возникающие на ультраструктурном уровне в раннем послеоперационном периоде. Существующие классификации послеоперационных осложнений в специальностях «кардиохирургия» [1], «легочная хирургия» [2], при абдоминальной травме [3], а также недавно предложенные, международные и российская редакции классификаций осложнений в хирургии [4], представляющих собой комбинацию двух систем оценки: классификации интраоперационных неблагоприятных инцидентов по R.Satava [5] и модификации классификации послеоперационных осложнений Clavien-Dindo, Occordion [6-9], к сожалению, не отражают весь спектр патологических процессов развивающихся на самых ранних стадиях послеоперационного периода в интерстициальном пространстве и лимфатической системе области хирургического вмешательства, в значительной степени предопределяющих исход хирургического лечения.

Цель работы – изучить роль лимфатической системы в патогенезе послеоперационных осложнений и возможности региональной лимфатической терапии в их профилактике и лечении.

Материалы и методы. 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 состояния интерстициальной ткани зоны операционного вмешательства, микроциркуляции, иммуноморфологии и радионуклидной региональной гемолимфодинамики (методом Kety), при моделировании различных патологических состояний и выполнения хирургических вмешательств. Клинические наблюдения охватывают более 2 тысяч пациентов с различными хирургическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. 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, чрезмерного отека и так называемого, «интактного кроволимфообращения». В клинике это проявляется

развитием ранних послеоперационных осложнении в виде дискинезии полых органов, инфильтратов, анастомозитов, несостоятельности швов, гнойно-септических процессов и «болезней оперированных органов» в отдаленном послеоперационном периоде. Нами, в течение трех десятилетий, разрабатываются методы региональной лимфатической терапии, (патент СССР № 365/98), лимфогеннойгистореанимации (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 и возможность латерального тока лимфы (лимфоперетока) в условиях отека .

Результаты клинических и экспериментальных исследований показали, что метод локальной лимфогенной гистореанимации достоверно улучшает дренаж и микроциркуляцию тканей, нормализует местный иммунологический гомеостаз, позволяет быстрее выводить из состояния «шока» и парабиоза оперированные ткани и органы. Использование региональной лимфотропной антибиотикотерапии позволяет создавать в тканях, центральной лимфе и крови длительно удерживающиеся, терапевтические концентрации антибиотиков при использовании их доз в 3-4 раза ниже общепринятых. С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфатической терапии в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,2-1,5 раза, уменьшение количества иньекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

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.

РЕТРОМАНДИБУЛЯРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

Введение. Синдром головной боли (СГБ), встречающийся чаще всего как последствие черепно-мозговой травмы (ЧМТ), приводит к резкому снижению трудоспособности в частности у лиц интеллектуального труда. СГБ влияет на работоспособность не только через общее недомогание, но и в результате снижения памяти, концентрации внимания, быстрой утомляемости, он сопровождается нервозностью и раздражительностью. Для лечения СГБ и посттравматической головной боли (ПТГБ) в частности, предложено множество методов и сочетаний лекарственных препаратов. Приоритет в лечении отдаётся анальгетикам и ноотропным препаратам.

Цель работы. Изучить эффективность региональной лимфотропной терапии в лечении СГБ.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности различных методов лечения, нами обследовано 190 больных с ПСГБ. Диагностика была направлена на выявление общемозговых нарушений, состояния сосудистой сети и гемодинамики. Исследовались кровь, моча, суточный диурез, биохимические показатели. В комплексном лечении у 60-ти больных с СГБ был применён метод региональной лимфотропной терапии (РЛТ), который преследовал 2 задачи: борьбу с интерстициальным отёком (лимфотропная дегидратация) и воздействие на дисбаланс процессов возбуждения и торможения ЦНС (лимфотропная анальгезия). Для оценки эффективности лечения, всех больных разделили на 4 группы: 1 группа – больные получали анальгетики + седативные средства (28); 2 группа – анальгетики + ноотропы (40); 3 группа – ноотропы + магнезию сульфат (52); 4 группа – больные получали региональную лимфотропную терапию через ретромандибулярное пространство включающую использование анальгетиков и стимуляторов лимфатического дренажа (70).

Результаты и их обсуждение. В 1 группе положительный эффект достигался в 20 случаях, а продолжительность безболевого периода составляла 35±9 дней, во 2 группе положительный эффект достигался в 29 случаях, а длительность лечебного эффекта составляла 30±5,3 дня, в 3 группе положительный эффект достигался в 38 случаях, длительность лечебного эффект составляла 90±10,8 дней. При использовании обычных методов и схем лечения СГБ положительный эффекта достигается в среднем в 75% случаев, слабо положительный – в 20 % случаев, в 5 % случаев эффекта от лечения не наблюдалось. В 4 группе положительный эффект был достигнут в 64 случаях, а длительность безболевого периода составляла 122+11,3 дня и в отдельных случаях достила 2 лет. Применение ЛТ позволило в 90 % случаев добиться быстрого (7-10 дней) и стойкого (до 2 лет) болеутоляющего эффекта. Важно отметить, что региональная

лимфотропная терапия при СГБ приводит, как правило, к значительному восстановлению памяти, общего самочувствия, работоспособности, достигается значительный фармакоэкономический эффект.

Заключение. Наши исследования показали, высокую клиническую эффективность метода региональной ЛТ в лечении СГБ, который целенаправленно воздействует на важные патогенетические звенью этой патологии: борьбу с интерстициальным отёком и дисбаланс процессов возбуждения и торможения ЦНС

РЕТРОМАНДИБУЛЯРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский медицинский институт, Узбекистан

Введение. Синдром головной боли (СГБ), встречающийся чаще всего как последствие черепно-мозговой травмы (ЧМТ), приводит к резкому снижению трудоспособности в частности у лиц интеллектуального труда. СГБ влияет на работоспособность не только через общее недомогание, но и в результате снижения памяти, концентрации внимания, быстрой утомляемости, он сопровождается нервозностью и раздражительностью. Для лечения СГБ и посттравматической головной боли (ПТГБ) в частности, предложено множество методов и сочетаний лекарственных препаратов. Приоритет в лечении отдаётся анальгетикам и ноотропным препаратам.

Цель работы. Изучить эффективность региональной лимфотропной терапии в лечении СГБ.

Материалы и методы исследования. С целью изучения эффективности различных методов лечения, нами обследовано 190 больных с ПСГБ. Диагностика была направлена на выявление общемозговых нарушений, состояния сосудистой сети и гемодинамики. Исследовались кровь, моча, суточный диурез, биохимические показатели. В комплексном лечении у 60-ти больных с СГБ был применён метод региональной лимфотропной терапии (РЛТ), который преследовал 2 задачи: борьбу с интерстициальным отёком (лимфотропная дегидратация) и воздействие на дисбаланс процессов возбуждения и торможения ЦНС (лимфотропная анальгезия). Для оценки эффективности лечения, всех больных разделили на 4 группы: 1 группа – больные получали анальгетики + седативные средства (28); 2 группа – анальгетики + ноотропы (40); 3 группа – ноотропы + магнезию сульфат (52); 4 группа – больные получали региональную лимфотропную терапию через ретромандибулярное пространство включающую использование анальгетиков и стимуляторов лимфатического дренажа (70).

Результаты и их обсуждение. В 1 группе положительный эффект достигался в 20 случаях, а продолжительность безболевого периода составляла 35±9 дней, во 2 группе положительный эффект достигался в 29 случаях, а длительность лечебного эффекта составляла 30±5,3 дня, в 3 группе положительный эффект достигался в 38 случаях, длительность лечебного эффект составляла 90±10,8 дней. При использовании обычных методов и схем лечения СГБ положительный эффекта достигается в среднем в 75% случаев, слабо положительный – в 20 % случаев, в 5 % случаев эффекта от лечения не наблюдалось. В 4 группе положительный эффект был достигнут в 64 случаях, а длительность безболевого периода составляла 122+11,3 дня и в отдельных случаях достила 2 лет. Применение ЛТ позволило в 90 % случаев добиться быстрого (7-10 дней) и стойкого (до 2 лет) болеутоляющего эффекта. Важно отметить, что региональная лимфотропная терапия при СГБ приводит, как правило, к значительному восстановлению памяти, общего самочувствия, работоспособности, достигается значительный фармакоэкономический эффект.

Заключение. Наши исследования показали, высокую клиническую эффективность метода региональной ЛТ в лечении СГБ, который целенаправленно воздействует на важные патогенетические звенью этой патологии: борьбу с интерстициальным отёком и дисбаланс процессов возбуждения и торможения ЦНС

FORENSIC DIAGNOSTICS OF INJURIES FROM FALLING FROM A HEIGHT AND COLLISION OF A CAR WITH A PERSON BY FEATURES OF INJURIES OF THE INTERNAL BREAST ORGANS

Zhumaboev M.O., Akhmedova M.S.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. The second half of the 20th century all over the world is characterized by a sharp increase in injuries associated with the acceleration of scientific and technological progress and a steady increase in transport speeds. Modern injuries are characterized by the severity and multiplicity of lesions in various areas of the body. Most injuries are observed in people of working age and often result in severe disability or death of the injured. So,

WHO indicates that mortality from mechanical injury ranks third among all deaths and comes out on top in persons who died under the age of 40 years. Therefore, the study of various aspects of concomitant trauma is currently relevant and attracts the attention of researchers of various specialties.

Purpose of the study. The purpose of this work is to develop criteria for differential diagnosis of injury from a fall from a height and injury from a collision of a moving car with a person for forensic medicine based on a mathematical and probabilistic analysis of a set of mechanical injuries of the chest and internal organs of the chest.

Material and research methods. Investigated 100 cases of death from mechanical injury, divided into two main groups of observations: 50 cases of falling from a height and 50 cases of collision of a moving car with a person. In 50 cases, research (examination) of corpses was carried out by the author personally or jointly with other forensic experts.

Research results. To conduct a comparative analysis of the incidence of chest injuries occurring in victims in both compared groups of trauma, all injuries found in the chest region in victims of injury from a fall from a height and injury from a collision of a moving car with a person were divided into the following main types: External lesions on the surface of the chest in the form of abrasions, bruises and wounds; Hemorrhage in the soft tissue of the breast; Clavicle fractures; Fractures of the sternum; Ruptures of the sternocostal joints;

Ruptures of the sternoclavicular joints; Fractures of the thoracic vertebrae; Spinal cord injury; Rib fractures; Ruptures of the parietal pleura and intercostal muscles;

Hemorrhage in the pleural cavity; Hemorrhages in the lungs (bruises); Lung ruptures; Ruptures of the main bronchi; Diaphragm rupture; Mediastinal hemorrhage; Aortic ruptures; Hemorrhages in the cardiac shirt; Heart shirt tears; Hemorrhages in the heart (bruises); Heart breaks.

Conclusions. Mathematical and statistical analysis of the results of forensic medical examinations of corpses in cases of injury from a fall from a height and injury from a collision of a moving car with a person made it possible to identify the optimal set of macromorphological signs of injuries localized in the chest area, to establish their diagnostic coefficients and the degree of information content, as well as threshold values that can be used in diagnostics and differential diagnostics.

The use of the method of mathematical analysis of injuries detected in the study of a corpse in case of injury from a fall from a height and injury from a collision of a moving car with a person makes it possible to carry out differential diagnostics, as well as to objectify and scientifically substantiate the expert's conclusions.

РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Валиева К.Н., Салиева Н.И.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент

Актуальность проблемы. Врожденное высокое стояние лопатки или болезнь Шпренгеля – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. При болезни Шпренгеля наблюдается комплекс аномалий развития, основными проявлениями которого являются: нарушение пространственного положения, роста и деформация лопатки, смещение в краниальном направлении проксимального конца ключицы, гипоплазия мышц надплечья и туловища, вплоть до полной их аплазии, нарушение функционального состояния нервно–мышечного аппарата, патология со стороны магистральных сосудов и нарушение периферического кровотока.

Цель - изучение патологических изменений формы лопаточной кости у детей с врожденным высоким стоянием лопатки с применением МСКТ исследования.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 42 детей с врожденным высоким стоянием лопатки, лечившиеся в отделении детской ортопедии ГУ РСНПМЦТО МЗ РУ за период с 2005 по 2020 гг. МСКТ исследования проводили у 42 детей при поступлении ребенка и через 3 недели при повторном поступлении после операции в рентгенодиагностическом отделении на аппарате Neuviz 64 фирмы Neusoft (производство - Китай).

Результаты исследования. Уменьшение размеров лопаточной кости по сравнению со здоровой стороной отмечали у всех детей в разной степени. У 25 детей длина лопатки была до два раза уменьшена по сравнению со здоровой стороной, у остальных 15-25%. Краниальное смещение лопаточной кости отмечали у всех детей в разной степени: до 2 см у 1 ребенка, от 2 до 5 см – у 11 и свыше 5 см – у 71 больных. Ротация лопатки в сагиттальной плоскости нами отмечено у 71 детей. Только в трех случаях легкой формы патологии не обнаружили патологическую ротацию.

При МСКТ исследование омовертебралная кость обнаружено у 13 больных детей, форма и размер было различной конфигурации, как гороховидной, сесамовидной, ладьевиднообразной, косотриугольной, плоскоклиновидной, округлоклиновидной, булавовидной формы и был соединен широким краем лопаточной костью или между верхним углом лопатки в виде синхондроза или синостоза. Соединение у 3 в виде синостоза, а у остальных – синхондроза. Укорочение ключицы обнаружили у 7 детей. Ключица часто занимала косое положение углом открытым кверху по отношению оси позвоночника – была

приподнята акромиальный конец ключицы . У 37 детей со средней и тяжелой степенью болезни Шпренгеля выявили различные деформации грудной клетки и ребер. У 9 детей различная деформация грудной клетки, у 7 детей рахитическая килевидная, у 2– воронкообразная деформация грудной клетки, 9 детей с синдромом Поланда, 10 детей с синдром Клиппеля-Фейля. Кроме того, ребра искривлены, деформированы на стороне поражения и уменьшена в размерах. У 13 детей отмечали частичные и полные синостозы, у 8 детей синостозы с аплазией ребер, аплазия и гипоплазия ребер у 5 детей на стороне поражения.

Выводы: Таким образом, МСКТ исследования является незаменимым методом диагностики состояния костной системы при болезни Шпренгеля у детей. Несомненным преимуществом МСКТ исследования было анализ формы и размеров каждых элементов костной системы плечевого пояса, грудной клетки и позвоночника, что позволило объективно оценить формы, размеры, пространственное взаимное положение костей и планировать план оперативного лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дильмурадов А.Ф.,Бокиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Эпидемиологические исследования являются исходной базой для планирования и организации профилактических программ. Программы профилактики стоматологических заболеваний способствуют улучшению стоматологического здоровья населения.

Согласно номенклатуре ВОЗ для оценки пораженности зубов кариесом используют следующие показатели:

- распространённость заболевания;
- интенсивность поражения зубов кариесом.
- прирост интенсивности.

Распространенность основных стоматологических заболеваний (кариес, заболевания пародонта) зависит от различных факторов и достигает 100%, аномалий и деформаций 60%.

Кариес зубов является наиболее часто встречающимся стоматологическим заболеванием. Интенсивность кариеса оценивают (в зависимости от возраста) по индексам КП, КПУ, сочетание КПУ и КП зубов при сменном прикусе.

Химико-паразитарная теория Миллера (1884). Согласно этой теории, кариозное разрушение зубов происходит две стадия:

1. Деминерализация твердых тканей зубов.
2. Микробное разрушение.

1-стадии молочная кислота растворяет неорганические вещества эмали и дентина.

2-разрушение органического вещества дентина протеолитическими ферментами, которые вырабатываются микроорганизмами.

Автор подтвердил данную теорию экспериментом, который состоял в том, что удаленные зубы он помешал на разные сроки в смесь слюны с хорошо пережёванным хлебом и мясом с добавлением 2-4% сахара. Через определенное время после инкубации смеси при температуре-37С наблюдается деминерализация эмали, сходную с той которая возникала при кариесе зубов во рту человека. Таким образом, сложный патобиологический процесс в виде простой химической реакции между солью и кислотой. Такое механическое объяснение абсолютно игнорирует участие организма в процессе, образуется кариеса.

Вывод: У жителей Узбекистана кариес встречается 99% случаев. Профилактика кариеса в Узбекистане составляет всего 15%, а остальные течения кариеса проходят к пульпиту или может вызвать периодонтит.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Ёкубова З.А., Усманова Н.А., Шодиева Э.Ю.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический тонзиллит - это инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией.

Сегодня продолжается поиск новых, эффективных методов лечения хронического тонзиллита, применение которых ведет к снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов.

Внедрение в оториноларингологическую практику щадящих, консервативных методов лечения хронического тонзиллита, дающих возможность избежать проведения тонзиллэктомии, позволяет более рационально подойти к вопросу о лечении хронического тонзиллита. Одним из наиболее распространенных методов консервативного лечения является промывание лакун небных миндалин различными лекарственными растворами.

Данная методика лечения имеет определенные недостатки, и ее применение не всегда возможно в силу объективных причин: особенности анатомического расположения небных миндалин (затрудненный доступ к ним), беспокойное поведение пациента во время лечения, травматичность процедуры.

Цель исследования. Уточнить вопросы патогенеза хронического тонзиллита на основании изучения состояния общего и местного иммунитета у больных хроническим тонзиллитом и небных миндалин.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи обследовано 70 пациентов с патологией небных миндалин при хроническом тонзиллите.

Результаты исследования. Лечение хронического тонзиллита в фазе клинической ремиссии с применением аппарата «Кавитар» (УЗОЛ-01-«Ч») в отличие от традиционного лечения в большей степени оказывает положительное влияние на клиническую картину заболевания и приводит к снижению частоты встречаемости сухого периодического кашля, общей слабости, быстрой утомляемости, пробок в лакунах небных миндалин, галитоза, гиперплазии небных миндалин 1 и 2 степени, признаков Зака, Ризе, Преображенского, казеозных пробок и гноевидной жидкости в лакунах небных миндалин:

Результаты лечения с применением аппарата «Кавитар» (УЗОЛ-()1-«Ч») при хроническом тонзиллите в фазе клинической ремиссии заболевания в отличие от традиционной терапии^приводят к достоверному снижению частоты встречаемости и степени выраженности! лимфоцитарнои, макрофагальной, фибробластической, плазмоцитарной, эозинофильной инфильтрации, активности воспалительного процесса, выраженности стаза* и отека собственной пластинки слизистой оболочки небных миндалин, а также к уменьшению площади лимфоидных фолликулов, центров их размножения и периферической зоны фолликулов.

Использование аппарата «Кавитар» (УЗС)Л-01-«Ч») в комплексном лечении хронического тонзиллита в фазе клинической ремиссии заболевания в отличие от традиционного лечения приводит к уменьшению количества ядрышек, интрануклеолярных, экстрануклеолярных включений, а также суммы интра- и экстрануклеолярных включений в эпителиальных клетках, эпителиоцитов 2-го типа во всех слоях многослойного плоского эпителия слизистой оболочки небных миндалин, а также к возрастанию количества эпителиоцитов 1-го типа во всех слоях многослойного плоского эпителия слизистой оболочки небных миндалин.

Результаты проведенного лечения хронического тонзиллита в условиях применения аппарата «Кавитар» (УЗОЛ-01-«Ч») свидетельствуют о необходимости его использования в комплексном лечении хронического тонзиллита в фазе клинической ремиссии заболевания.

Вывод. Внедрение в практику профилактической и клинической медицины основных результатов исследований позволило разработать критерии оценки функционального состояния общего иммунного статуса у больных хроническим тонзиллитом, а также более четко определить показания к хирургическому лечению хронического тонзиллита.

ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

Д.Л.Жалолиддинов.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Изучить развитие и течение прогрессирующей близорукости у детей.

Материалы и методы. Для изучения частоты и структуры прогрессирующей миопии у детей в Андижанской детской клинической больнице за год. Всего было обработано 100 амбулаторных карт.

Результаты и их обсуждение. В отделении Андижанской детской клинической больнице находилось 100 (200 глаз) дети до 12 лет с миопией; у 52 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степень близорукости. Близорукие дети при рождении имели вес 1,800 - 2,600 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относилось ко 1 – ой степени недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей.По степени близорукости глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: близорукость от 3 до 6 дптр 36 глаз; от 7 до 10 дптр – 50 глаз; от 11 до 14 дптр 12 глаз; больше 14 дптр 6 глаз. Из других особенностей близоруких детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченность глазного дна и анизометропия. Глазное яблоко по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 24-28 мм но его тонус был сниженным и склера была с синеватым оттенком. С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию близорукости мы начинали с 4-6 летного возраста.Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась.

Каждые 6 месяц мы проводили атропинизации. Глазное яблоко при внешнем осмотре по размерам соответствовало росту ребенка. Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основных симптоматики близорукости в ранние сроки обследования, педиатром
отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглобина. Постепенно все эти изменения исчезали.

Выводы. Результаты наблюдений за детьми дошкольного и школьного возраста города Андижана свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе прогрессирующей близорукости.

ПРИМЕНЕНИЯ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ МИОПИЯ

Андижанский Государственный Медицинский институт
Жалолиддинов Д.Л, Усманова Т.Ж.

Прогрессирующей близорукость болезнь, которой наблюдается снижение остроты зрения на 1 или больше диоптрию в год. Главный признак близорукости — ухудшение остроты зрения при попытке разглядеть расположенные вдали предметы, а то, что находится на близком расстоянии. Оно вытягивается по передне-задней оси, и такая деформация продолжает прогрессировать, несмотря на прилагаемые усилия к устранению провоцирующих факторов. Не обнаружить прогрессиро вание миопии во время, существует вероятность повреждения внутриглазных структур, прежде всего сетчатки. Она будет чрезмерно истончается, пока нагрузка не приведет к ее отслоению и разрыву

В основе методов лечения улучшение микроциркуляции, метаболических и обменных процессов в сетчатке и хориоидее. Препарат регулирует процессы метаболизма в сетчатке, стимулирует функции клеточных элементов сетчатки, способствует улучшению функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов при различной патологии сетчатки, усиливает активность ретинальных макрофагов. Под его воздействием значительно увеличивается экспрессия рецепторов на Т- и В-лимфоцитах, повышается фагоцитарная активность нейтрофилов. Проведен ряд исследований по применению кортексина при прогрессирующий, диабетических ретинопатиях, субатрофии диска зрительного нерва, тапеторетинальных абиотрофиях, глаукоме и т.д.

Целью нашей работы явилось определение клинической эффективности препарата ретиналамин при лечении различных форм МХ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось в течения 1 года 145 пациента (295 глаз) с прогрессирующий миопии в возрасте от 12 до 40 лет. Женщин было 55, мужчин - 90. Все пациенты разделены на 2 группы, идентичные по полу, возрасту, форме заболевания и общесоматическому статусу.В первую группу входило 70 пациентов (140 глаз), во вторую (основную) - 75 (150 глаз).Пациенты I группы получали стандартное медикаментозное лечение антиоксиданты, препараты улучшающие микроциркуляцию, витаминотерапию и т. д., пациенты **II** группы на фоне стандартного лечения получали инъекции кортексина. 10 мг кортексин разводили в 1,0 мл 2% раствора новокаина, вводили 1 раз в день парабульбарно утром, курс лечения 10 инъекции. Срок наблюдения составил 6 месяца. Из представленных данных видно, что при прогрессирующий миопии по данным остроты зрения положительная динамика наблюдалась преимущественно во второй группе.

Вывод:

1. Применение кортексина в комплексной терапии при прогрессирующий миопии способствует повышению остроты зрения, повышении световой чувствительности сетчатки.
2. Отсутствие положительной динамики через 6 месяца повторит курс лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ

Д.Л.Жалолиддинов,Т.Ж.Усманова.
Андижанский государственный медицинский институт

Близорукость (как и любая другая болезнь) возникает от совокупности различных факторов. Эти факторы приводят к сбою в работе определённых отделов головного мозга и нарушением нейронных связей. Другими словами, мозг перестает отдавать "правильные" приказы для чёткой работы вашей зрительной системы, что приводит к близорукости, а потом и к более серьёзным последствиям, которые отмечались выше.

Предупреждение прогрессирования миопии - одна из актуальных проблем современной офтальмологии. В настоящее время в происхождении врожденной и приобретенной миопии общепризнанной является теория об основополагающей роли ослабленной аккомодации. В связи с этим в комплексной терапии миопии, особенно в начальном этапе ее развитии, большое внимание уделяется воздействию на цилиарную

мышцу, направленному на ликвидацию спазма аккомодации, увеличение резервов аккомодации и нормализацию тонуса мышечных волокон.

Цель работы. Оценить эффективность медикаментозного и лечения врожденной и приобретенной миопии.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 2 группы больных ; установленным диагнозом – врожденной и приобретенная миопия различной степени. Основная группа состояла из 95 подростков с 14 до 22 лет. (45 мальчиков, 40 девочек), которым кроме базовой терапии (витамины, сосудорасширяющие препараты, ангиопротекторы) был назначен мидриатикина курс лечения 10 дней. У всех детей до и после лечения исследовались острота зрения без оптической коррекции и с максимальной коррекцией и резерв аккомодации.

Применяли мидриатики для профилактики и течения спазма аккомодации, врожденной и приобретенной близорукости, астенопии, компьютерного зрительного синдрома.

В основной группе в результате лечения отмечалось повышение остроты зрения в среднем на 0,18, из них 19 глаза имели зрение более 0,6, т.е. они не нуждались в ношении очков. У них же средняя оптическая коррекция уменьшилась в среднем на 1,0 Дптр. В группе пациентов с миопией средней степени было 14 человека (28 глаз), наблюдалось повышение остроты зрения в среднем на 0,24, снижение оптической коррекции на 1,4 Дптр. С миопией высокой степени наблюдалось 14 человек (28 глаз), у которых отмечено улучшение остроты зрения на 0,08, уменьшение коррекции - на 0,5 Дптр.

Выводы.Таким образом, проведенный сравнительный анализ результатов лечения близорукости показал, что применение комплексной терапии, включающей медикаментозные препараты и циклоплегическое лечение, дает наилучшие результаты: повысилась острота зрения во всех случаях в среднем от 8 до 28% даже при лечении миопии высокой степени; уменьшилась степень основной коррекции на 0,8-1,4 Дптр, повысилась работоспособность глаз (РА) от 1,5 до 5,0 Дптр у всех 100% пациентов.

УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАСИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЭПИДЕМИЛОГИК БАҲОЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Жўраева С.Ш., Хожаев О.Х., Мустанов А.Ю., Қобилов Х.
Тошкент Тиббиёт Академияси Эпидемиология кафедраси

Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик кассалликлари бугунги кунда энг кенг тарқалган касалликлардан ҳисобланиб, ўртача 90% аҳолида айнан диск чурра касаллиги ҳар хил давомийликдаги бел оғришибилан намоён бўлмоқда, ҳамда шундан 30% да бел патологиялари туфайли оёқларда оғришлар келиб чиқмоқда .

Эпидемиологик нуқтаи-назардан бу касалликларни келтириб чиқарувчи омиллар жуда кўп бўлиб, ҳалигача тўлиқ ўрганилмаган. Касалликнинг келиб чиқишида баъзи манбаларда ташқи муҳит бевосита таъсир этувчи омил сифатида қаралса, бошқа манбаларда эса билвосита таъсирга эга бўлиб, касаллик бошқа бир сабабчи омилллар таъсирида юзага келади ва ташқи муҳит, хусусан иқлим шароити уни ривожланишига туртки бўлиб хизмат қилади деб ёритилган.

Эпидемиологик таҳлиллар натижаларига кўра касалликни юзага келишида асосий **хавф (риск)** омиллари қаторига инсоннинг **касби, тана вазни, ёши, бўйи ва бошқа** туртки бўлувчи омиллар яъни зарарли одатлар, чекиш ва спиртли ичимликларни истеьмол қилиш каби хавф омилларини келтириш мумкин. Биз олиб борган илмий тадқиқот иши 500 нафар беморни қамраб олган бўлиб, биз уларнинг дастлаб касб бўйича таъсир омилларини таҳлил қиладиган бўлсак касаллик кўп ҳолларда 65-70 % да оғир юк кўтариш ва камҳаракат талаб этувчи касбий фаолият турларида кўпроқ учраган. Бундан ташқари жисмоний меҳнат билан шуғулланувчиларда умуртқа поғонасига тушган юкламалар кўплиги сабабли ҳам умуртқа чурралар пайдо бўлмоқда. Турли тадқиқот ишларида тана вазни ва касаллик келиб чиқиши таққослама таҳлилларидан маълум бўлдики инсон тана вазни меъёр даражадан ортиб кетса, яъни семизлик ҳолати мавжуд бўлса бундай инсонларнинг асосан бел умуртқалари соҳасида чурра касаллиги келиб чиқиш кўрсаткичи юқори туради. Бунинг асосий сабаби эса семизлик, ортиқча вазн белнинг пастки қисмларига зўриқиш беради.

Ёшга нисбатан эпидемиологик таҳлил қилинганда эса асосан 35-40 ва 45-50 ёшли шахсларда касаллик кўпроқ учрамоқда**.** Аммо кам ҳоллардагина касаллик учраши фақатгина ёшнинг ортиб боришига боғлиқ эмас, балким бошқа бир омиллар, хусусан табиий қариш жараёнлари кетаётган организмга ташқи муҳитнинг, оғир иш фаолиятининг ва бошқа билвосита омилларнинг таъсири муҳим аҳамият касб этаётганлигини кўрсатмоқда.Зарарли одатлар эса касалликнинг келиб чиқишида ёндош ва туртки омиллар қаторига киради. Агар касаллик учраш даражаси, касаллик юзага келишида сабабчи бўлган хавф омилларини кўриб чиқадиган бўлсак жами 500 нафар бемордан 30 (6%) нафар эркакда зинадан йиқилиш оқибатида касаллик юзага келган бўлса, 18 (3,6%) нафар аёлларда худди шундай таъсир натижасида юзага келган. Узоқ вақт кам ҳаракатлилик оқибатида 78 (15,6%) нафар эркакда ва 106 (21,2%) нафар аёлларда касаллик белгилари намоён бўлган. Семизлик омилига тўҳталадиган бўлсак 20 (4%) нафар эркак ва 22

(4,4%) нафар аёлларда касаллик ривожланган. Юқорида умумий таҳлил натижасига эътибор берадиган бўлсак оғир юк кўтариш оқибатида жами 500 нафар бемордан 184 нафарида касаллик пайдо бўлишида етакчи омил бўлган бўлса, энди шу кўрсаткични жинсларга кўра таҳлил қиладиган бўлсак 184 - 159 (31,8%) нафарини эркаклар ва 30 (6%) нафарини аёллар ташкил қилмоқда. Бунга сабаб сифатида асосан оғир юк кўтариш каби ишлар билан эркаклар шуғулланиши ва аёллар бундай ишларда камроқ фаолият олиб бориши билан тушунтириш мумкин. Узоқ вақт зўриқиб ишлаш каби омиллардаҳам асосан аёлларга нисбатан эркаклар етакчи рол ўйнамоқда.

Хулоса қилиб айтганда касалликка сабаб бўлувчи **етакчи хавф омиллари** қаторига узоқ вақт камҳаракатлилик, оғир юк кўтариш ва семизликни, касаллик юзага келишида етакчи хавф омилларнинг хавф даражаси ўзаро жинсларга таъсири ўрганилганда аёлларда етакчи омил узоқ вақт камҳаракатлилик, эркакларда эса оғир юк кўтариш эканлиги аниқланди. Тадқиқот натижаларига кўра **иккиламчи хавф омилларига**зарарли одатлар, носоғлом ҳаёт тарзи ва нотўғри овқатланишларни келтириш мумкин. Жинслар нисбатига кўра аёллар умуртқалараро диск чурраси билан кўпроқ касалланмоқдалар, касалланиш кўп ҳолатларда 35-40 ёш ва 45-50 ёш оралиғида учрамоқда

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ ФАЗ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

[1,2]Зотова Н.В., 2Гусев Е.Ю.
[1]ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина», Институт естественных наук и математики;
[2]ФГБУН «Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения Российской академии наук», лаборатория иммунологии воспаления.

Актуальность. Травмы являются основной причиной смерти взрослых людей в возрасте до 45 лет и влекут за собой высокие финансовые затраты. Мы рассматриваем критические осложнения при травме с позиции системного воспаления (СВ), как типового патологического процесса, выделяем его фазы и отличаем его от общепринятого синонима – системной воспалительной реакции.

Цель. Охарактеризовать динамику системного воспаления как типового патологического процесса при политравме

Материалы и методы. Обследовано 157 пациентов с комбинированной и сочетанной травмой, находившихся в реанимационных отделениях больниц г. Екатеринбурга и г. Тюмени на разные сроки наблюдения:

1. Пациенты на 1-3 сут. после поступления в лечебное учреждение без развития синдрома полиорганной недостаточности (СПОН): n=25, средний возраст - 38,28 ± 12,15 лет, мужчин 68%.
2. Пациенты на 1-3 сут. с развитием СПОН (n=50 чел., 37,86 ± 14,54 лет, мужчин 67,35%).
3. Пациенты на 5-7 сут. без развития СПОН (n=41 чел., 40,43 ± 13,27 лет, мужчин 70,73%).
4. 5-7-сут. с СПОН (n=18 чел., 39,72 ± 14,74 лет, мужчин 66,67%.
5. 10 сут. (1 чел. СПОН) (22 чел., 37,91 ± 12,61 лет, мужчин 52,00%). Пациенты с посттравматическими гнойно-септическими осложнениями при повторном обследовании исключались. Летальных случаев – 17 (все с СПОН).

Группы **сравнения:** Контроль-1: практически здоровые люди в возрасте 18–50 лет (n=50, 34,1 ± 10,4 года, мужчин — 52 %). Контроль-2: пожилые люди в возрасте 60–83 лет (n = 22; 68,5 ± 5,9 года; мужчин — 59,1 %), без острых заболеваний и хронических воспалительных заболеваний в стадии обострения и без признаков хронической органной недостаточности. Определяли фактор некроза опухоли альфа (TNFα), интерлейкины (IL) 6, 8, 10 и С-реактивный белок (CRP), миоглобин (Мио), тропонин I (Тро); кортизол (Кор), D-димеры. Рассчитывали по собственному методу уровень реактивности (УР), отражающий выраженность СВР и фазу развития системного воспаления, а также шкалу СВ. СПОН определяли согласно баллам по шкале SOFA. Статистический анализ проводили с применением программы Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., USA), $p<0.05$.

Результаты. В группах с развитием СПОН на оба срока наблюдения регистрировали более высокие значения шкал УР и СВ и частоту развития фазы флогогенного удара (34% и 27,78% на 1-2 сут. и 5-7 сут., соответственно), феномен вторичной системной альтерации (Тро I) в этих группах определяли в 46,00% и 50,00% случаев на 1-3 и 5-7 сут. соответственно. В случаях летальных исходов регистрировали развитие различных фаз СВ в 76,46% случаев, с преобладанием фазы флогогенного удара (25,82). ROC анализ шкал SOFA и СВ показал сопоставимую значимость в отношении развития летальных исходов (площадь под кривыми 0,902 и 0,900, соответственно.

Выводы. Системное воспаление, как типовой патологический процесс, является патогенетической основой развития критических состояний при политравме и требует применения интегральных шкал на основе оценки основных феноменов этого типового патологического процесса.

DYNAMICS OF INJURY INDICATORS DEPENDING ON THE MECHANISM OF INJURY IN RESIDENTS OF THE CITY OF ANDIZHAN INJURED IN ACCIDENTS

Zukhriddinova S., Khakimov Z.Қ
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Introduction. Combined trauma is one of the pressing medical and social problems of our time. The study of this problem makes it possible to clarify that the frequency of occurrence and the severity of damage with it increases. This fact is a consequence of a number of reasons, one of which is the scientific and technological revolution with an increase in mechanization and an increase in the number of vehicles. An increase in the proportion of concomitant injuries in children and adolescents was noted, the cause of which is mostly road traffic accidents (RTA).

The aim of the study is to study the prevalence of road accidents in the city of Andijan and to clarify the nature of the injuries received, which will create conditions for preventive work among potential road traffic participants, as well as efficiently distribute the forces and means of the ambulance station (EMS).

Materials and research methods. We have analyzed and studied the state of road traffic injuries (RTI) in Andijan for the period from 2016 to 2018 with the participation of adults and children. We studied the nature of the injuries and their quantitative ratio in the victims of road accidents.

Research results. The results of the statistical analysis for the years under study made it possible to assess the state of road traffic accidents. So, in 2016, the number of all calls for emergency medical services was 139, and medical assistance at the pre-hospital stage was provided to 102 victims of road accidents. It was noted that the damage had individual characteristics, the connection of which was noted with the type of vehicle, its design, the speed of the vehicle, the area of contact between the vehicle and the person.

The results of the study make it possible to identify some regularity that makes it possible to explain the growing traumatization by the fact that in most cases pedestrians and drivers do not follow the rules of the road, certain impunity / irresponsibility for violation of traffic rules, the state of highways, and no less important, in our opinion ,.

When determining the prevalence of concomitant injury for the environment, we took the number of resident population of Andijan, for the phenomenon - the number of concomitant injuries and damaged anatomical areas per year. There was a significant ($p < 0.05$) increase in the number of associated traumatic injuries in victims from 2016 to 2018.

Analysis of the available data allows us to state that injuries in two areas were observed on average in 63% of victims, three areas - in 30% of victims, four and more areas - in 7% of victims.

The results of the literature analysis, as well as the data of our own observations, make it possible to judge that the total number of injuries in victims with concomitant injury exceeds the number of victims due to the presence of several injuries in some of them at once, which corresponds to the data given in the literature.

Conclusions. It should be noted that with traumatic injuries in road traffic accidents, the most common combination of injuries is: TBI, injuries of the musculoskeletal system, damage to internal organs. In this regard, it should be noted that the most common component of concomitant injuries is craniocerebral trauma resulting from damage by mechanical force not only to the skull and brain, but also to other (extracranial) organs. Therefore, the main diagnostic criterion for concomitant TBI is cerebral deficiency with the clarification and maintenance of the vital functions of the body, as indicated by other authors.

The analysis performed allows us to assert that over the period under study, isolated trauma remains a priority and, in total, dominates over associated trauma.

Thus, the state of injuries in the city of Andijan in road accidents is of a permanently growing nature with the predominance of car accidents on pedestrians.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Зухритдинова С., Махкамова С.У., Мамажонов С.С.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Рост полиморбидности является актуальной медико-социальной и экономической проблемой. Взаимное влияние сочетанных нозологий изменяет клиническое течение заболевания, приводит к росту числа осложнений, ухудшает прогноз.

У таких пациентов затрудняется диагностика, выбор стратегии лечения, уменьшается комплаентность, происходит рост финансовой нагрузки на систему здравоохранения. В результате снижается качество оказания медицинской помощи.

Решение вопросов, связанных с оптимизацией диагностики, повышением эффективности терапии и улучшением прогноза пациентов с коморбидностью являются актуальной задачей, стоящей перед здравоохранением и обществом.

Цель исследования. Оптимизация ведения больных артериальной гипертензией в сочетании с дисфункцией щитовидной железы на основе изучения влияния тиреоидной гипер- и гипофункции на характер структурных и функциональных изменений сердечно-сосудистой системы.

Материал и методы исследования. Всего был обследован 101 пациент с АГ. В зависимости от состояния функции ЩЖ на момент первичного обследования пациенты были разделены на группы: 40 человек с АГ в состоянии гипотиреоза, 39 лиц с АГ в состоянии тиреотоксикоза, 22 пациента с АГ без сопутствующей тиреоидной дисфункции.

Результаты и исследования. Понижение функции щитовидной железы у пациентов с артериальной гипертензией ассоциируется с развитием дневной диастолической гипертензии, ростом доли лиц с недостаточной степенью снижения артериального давления ночью (48,65%), ростом артериального давления ночью (24,32%) по сравнению с больными с изолированной артериальной гипертензией ($p<0,05$). Вариабельность сердечного ритма у таких пациентов характеризуется резким снижением общей мощности спектра с преобладанием активности симпатического звена вегетативной нервной системы.

Наличие гипертиреоза у пациентов с артериальной гипертензией ассоциируется с более частым развитием суправентрикулярных нарушений сердечного ритма (89,74%) с преобладанием тяжелых градаций суправентрикулярной экстрасистолии по сравнению с больными артериальной гипертензией без тиреоидной дисфункции ($p<0,05$). , а наличие гипотиреоза - с развитием как суправентрикулярных (85,00%), так и желудочковых нарушений сердечного ритма (55,00%) по сравнению с больными артериальной гипертензией без тиреоидной дисфункции ($p<0,05$).

Наличие тиреоидной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией приводит к усилению выраженности сердечной недостаточности. Ремоделирование сердца у больных артериальной гипертензией в сочетании с гипотиреозом характеризуется преимущественно гипертрофией миокарда левого желудочка и его диастолической дисфункцией, а при сочетании артериальной гипертензии с гипертиреозом проявляется преимущественно дилатацией полости левого желудочка.

Вывод. Выявленные взаимосвязи между клиническими, структурнофункциональ-ными и биохимическими, включая гормональные, показателями у больных АГ в сочетании с дисфункцией ЩЖ позволяют расширить имеющиеся представления о патогенезе кардиоваскулярных нарушений у пациентов с сочетанием АГ и рассматриваемой эндокринной патологией, создать научный базис для разработки более точных алгоритмов диагностики и терапии таких пациентов.

Показана диагностическая ценность проведения суточного мониторирования ЭКГ и АД в комплексе обследования пациентов с сочетанием АГ и различными вариантами нарушения функции ЩЖ, что позволит оптимизировать терапию и более точно определять риск развития сердечно-сосудистых осложнений у таких пациентов.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИКАРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЛИПАЗЫ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ

Ибрагимова Зиёда Жалолидиновна, Исакова Насиба Рахматжоновна.
Ферганского медицинского института общественного здоровья, Фергана, Узбекистан.

Алиментарное ожирение вполне обосновано считается серьезным заболеванием, сопровождающимся многочисленными осложнениями и даже летальными исходами. ВОЗ уже в 1989 году впервые объявила алиментарное ожирение не косметическим неблагополучием, а болезнью. Пока в алиментарном ожирении не видели психосоматического компонента, его пытались лечить на уровне соматического воздействия на избыток массы тела.

ВОЗ предполагает, что к 2015 г. примерно 2.3 миллиарда взрослых людей будут иметь повышенный вес и у более, чем 700 миллионов будет наблюдаться ожирение в 2008г.

- Ожирение становится эпидемическим состоянием
- В США ожирение среди взрослых людей участилось от 15.3% в 1995 г. до 23.9% в 2005г.

Целью нашего исследования было изучение особенности взаимоотношений ферментного состава крови и ротовой жидкости при алиментарном ожирении.

Для решения поставленных целей перед нами стояли следующие **задачи:**

- изучить амилолитическую активность крови и ротовой жидкости у людей с алиментарным ожирением;
- изучить корреляционную зависимость между ферментным составом крови и слюны при ожирении.

Данные исследования проводились на базе больницы экстренной помощи, г. Фергана, в исследовании

принимали участие 78 человек. Из них 20 человек контрольной группы и 58 человек опытные группы, которые состояли из больных ожирением различной степени выраженности.В гендерном соотношении контрольная группа представляла 1:1, а в опытной группе было 30 женщин и 28 мужчин, что в процентном соотношении составило 52% и 48% соответственно. Все больные были распределены по группам в зависимости от показателей ИМТ.Для проведения антропометрических обследований использовались напольные электронные весы, ростомер, сантиметровая лента и калипер. Все замеры в группах проводились в стандартных условиях. Контрольную группу составили представители возрастных категорий соответствующих возрастным категориям представителям опытных групп. Активность α- амилазы в плазме крови, ротовой жидкости определялась амилолитическим методом А.М.Уголева, в основу которого положен фотометрический метод определения активности амилазы по Смиту и Рою. Амилолитическая активность выражалась в миллиграммах расщепленного субстрата за единицу времени.

Анализ полученных результатов показал, что при ожирении наблюдается увеличение активности амилазы крови и ротовой жидкости в 1,5-2 раза. Однако данное изменение активности амилазы имело тенденцию к регрессии в возрастных группах от 50-60 лет и старше. Данные изменения ещё раз подтвердили прямое уклонение ферментов. При проведении корреляционного анализа была отмечена прямая зависимость между активностью и количеством амилазы крови и ротовой жидкости и ожирением различной степени выраженности, что может позволить использование ротовой жидкости в качестве меркера алиментарного ожирения в борьбе с ним.

Таким образом полиморфизм алиментарного ожирения имеют непосредственное значение для возможного раннего его диагностирования.

ЖАДАЛЛАШУВЧИ МИОПИЯДА КЎЗ ЁШИ СУЮҚЛИГИ КРИСТАЛЛОГРАФИЯСИ, ҚОН ВА КЎЗ ЁШИ СУЮҚЛИГИНИНГ БИОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛИ

Икрамов Дурбек Азизович

Маълумки, кучаядиган миопияда склера ва кўзнинг ички қобиғида кўз тубини дегенератив узайишларига ва қайтмас чўзилишига олиб келувчи дистрофик жараёнлар ривожланади [Аветисов Э.С., 1999]. Олиб борилган биокимёвий тадқиқотлар, бу жараён бириктирувчи тўқимадаги алмашинув тузилмаларини, шунингдек кўз метаболизмида ҳам, умумий даражада ҳам антиоксидант ҳимоя тузилмаларидаги умумий ўзгаришлар билан боғлиқлигини кўрсатди [Винецкая М.И. 2000;].

Кучаядиган миопия билан касалланганларда, кўз ёш суюқлиги кристаллографияси, қон ва кўз ёши суюқлигининг биокимёвий таҳлили ва статистик ҳисоблаш усуллари амалга оширилди.

Миопия ривожланиши бўлган беморлардаги КСнинг кристаллограммасида оқсил ва тузлар тизими мувозанатининг бузилиши қайд этилади, бу оралиқ зонанинг ҳосил бўлиши, тузли тузилмаларнинг оқсил зонага кириб бориши билан намоён бўлади, аммо бунда кристаллар бир -бирига зич ёпишади ва бир хилдаги тасвирлар сақланиб қолади, жараён жадаллашганда эса кристалларни ҳеч қандай қутбланишларсиз, бетартиб жойлашиши ва оралиқ зонага ўсиб кирган махсус понасимон киритмаларнинг пайдо бўлиши кузатилади, бу эса ўзига хос бўлган миопик жараён жадаллашишининг маркери бўлиши мумкин. Жадаллашувчи миопияда қон зардобида Са даражаси (1,85±0,2) ва пешобдаги Са экскрециясининг (2,3±0,6 ммоль/л) ишончли пасайиши кузатилади, бу организмнинг таянч тўқималарини улар билан етарли миқдорда тўйинмаганлигидан гувоҳлик беради, бунда стационар ва жадаллашувчи миопияли беморларда қон зардобидаги Са миқдори ҳамда унинг экскреция кўрсаткичлари ўртасидаги ўзаро корреляцион алоқанинг таҳлили кўрсатдики, стационар миопияли беморлар бириктирувчи тўқимани кальций билан тўйинишининг етишмаслигидан камроқ азият чекади. Шунингдек қон зардобида фосфор миқдорининг камайиши ва пешоб билан экскрециясининг ортиши кузатилади, бу фосфор-кальций алмашинув мувозанати бузилишини кўрсатади.

Миопияли беморлар назорат гуруҳи билан солиштирилганда кўз ёш суюқлигида мис даражасининг (1,3-1,7 мартага) ишончли пасайиши кузатилади, шунингдек қонда мазкур микроэлемент миқдорининг сезиларли силжишлари аниқланади, бу бутун организмда ва кўриш органларида мис алмашинувининг яққол намоён бўлган мувозанти бузилишидан гувоҳлик беради.

Миопияли беморлари қон зардобида 25(HO)D, шунингдек кальций миқдорининг қиёсий таҳлили, назорат гуруҳи билан солиштирилганда 25(HO)D, кальцийнинг ишончли пасайишини кўрсатди, бунда назорат гуруҳига нисбатан қиёсланганда 25(HO)D 1,6 мартага, кальций эса 1,4 мартага камайди. Стационар ва жадаллашувчи миопияли беморлар қон зардобидаги 25(HO)D, кальций ва фосфор миқдорлар ўртасидаги ўзаро корреляцион алоқани баҳолаш кўрсатдики, жадаллашувчи миопияда кучли мусбат ўзаро алоқа, стационр миопияда эса ўртача алоқа қайд этилади, бу 25(HO)D, кальций ва фосфорнинг сезиларли пасайишини кўрсатади ҳамда бу жараённинг жадаллашишишига олиб келади.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Икрамова Ф.Д, Х.Т.Мусашайхов, С.З.Салахидинов, Р.Н.Абдуллаев
Кафедра общей хирургии
***Андижанский государственный медицинский институт кафедра общей* хирургии**

Актуальность. Эхинококкоз печени - это распространенное паразитарное заболевание Частота данного заболевания в эндемических регионах имеет тенденции к увеличению[1,2]. Высокая частота послеоперационных осложнений *до 17*%, рецидивы заболевания, варьирующие в пределах от 3 *до 24*% сопровождаются множественными повторными оперативными вмешательствами что приводят к стойкой инвалидизации больных[3 - 7].

Актуальными представляются вопросы дифференциальной диагностики эхинококкоза путем разработки информативного способа лабораторной диагностики, изучение возможности современных методов визуализации в планировании объема оперативного вмешательства на печени[4 - 6].. Растущий поток пациентов с множественными, нередко крупными и осложненными эхинококковыми кистами печени и других органов брюшной полости, зачастую рецидивными, заставляет искать решение проблемы хирургического лечения заболевания, прежде всего, в повышении радикальности операций, разработке эффективной диагностической и лечебной тактики[6,7,10].

Цель исследования - определение способа улучшения непосредственных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени, разработка наиболее рациональной тактики хирургического лечения для профилактики послеоперационных осложнении.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ историй болезни 225 больных. Среди них 132 женщин и 93 мужчин. Поражение правой доли было выявлено - у 145 пациентов, левой - у 27, поражение обеих долей - у 19 пациентов, у 35 пациентов было сочетанное поражение печени и других органов. Показания к операции и выбор оптимального доступа у них производились с учетом локализации кисты характера осложнений. При локализации кист во втором и третьем сегментах эхинококкэктомию осуществляли из верхне - срединного доступа (34), при поражении первого, четвертого, пятого, шестого сегментов - из подреберного (97), при расположении их в седьмом и восьмом сегментах выполняли торакотомию с диафрагмотомией (21). Гигантские кисты, множественные кисты обеих долей печени в 9 случаях потребовали поперечной лапаротомии или тотальной срединной лапаротомии. лапароскопическая операция выполнена пяти больным.

Проводились клиниколабораторные обследования, ультразвуковое исследование печени, компьютерная томография, рентгенография грудной клетки. Нескольким больным (25) выполнена МРТ печени. Данный комплекс обследований позволял получить точную сегментарную локализацию кист, их размеры, количество и признаки осложненного течения болезни, такие как механическая желтуха, нагноение кисты, связь кисты с желчными протоками и прорыв кисты в билиарную систему.

Результаты исследования и обсуждение. Ключевым моментом, позволяющим снизить вероятность развития послеоперационных осложнений, считаем определение наиболее рационального хирургического доступа.

Основной этап лечения - открытое оперативное вмешательство с определением наиболее рационального доступа, обеспечивающим оптимальную обработку полости кисты. При лапаротомии, цистотомии, иссечение фиброзной капсулы, гемо и холестазе использовали электрокоагуляцию.

У всех 25 больных была произведена эхинококкэктомия. Для антипаразитарной и антибактериальной обработки полости кисты использовали 96% спирт и раствор бетодина, которые оказывают быстрое губительное действие не только на протосколексы, но и на ацефалоцисты гидатидозного эхинококка, при этом оболочки живых эхинококковых кист непроницаемы для этих веществ, что исключает их токсическое воздействие на организм. Свищевое отверстие ушивали со стороны фиброзной капсулы атравматическим шовным материалом. С целью максимального уменьшения остаточной полости иссекали фиброзную капсулу по границе с неизмененной тканью печени с последующим ее капитонажем или ушиванием с подворачиванием стенки кисты в ее полость. Капитонаж остаточной полости осуществлялся преимущественно вертикальными кисетными швами, позволяющими равномерно сблизить стенки фиброзной капсулы, не препятствуя отделению экссудата. швы накладывались несколькими рядами, вдоль печеночных протоков по стенке фиброзной капсулы до дна и по противоположной стороне в обратном направлении до закрытия остаточной полости.

У 2 больных с признаками нагноения полости кисты была произведена открытая эхинококкэктомия, у 2 полузакрытая с капитонажем остаточной полости на тонком дренаже, остальным больным была выполнена закрытая эхинококкэктомия с дренированием брюшной полости.

Итак, при анализе выявлено, что развитие послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей, длительного желчеистечения связано, в первую очередь, с неадекватностью оперативного доступа, неэффективным капитонажем и неполной ревизией полости кисты. Совершенствование методов диагностики и хирургической тактики позволило нам снизить количество послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей на 13,47 %.

Вывод. Таким образом, хирургическое лечение эхинококкоза остается актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии. Совершенствование методов имеет важное социально-медицинское значение. Выбор наиболее рационального хирургического доступа у каждого больного позволяет выполнить тщательный визуальный контроль, уточнить конфигурацию кисты, ее связь с протоками и ликвидировать их.

ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Ф.Д.Икрамова Х.Т. Мусашайхов, С.З. Салахиддинов, Э.А.Василевский
Кафедра общей хирургии.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. В последние годы в публикациях отечественных и зарубежных авторов приводятся однотипно стабильные цифры о том, что в отдаленном периоде после лапаротомии в 3-19% случаях формируются послеоперационные грыжи.

Особые трудности возникают при гигантских послеоперационных грыжах, при которых часто имеются осложняющие факторы: атрофия мышц передней брюшной стенки, пожилой возраст больных с отягощенным соматическим статусом. Перспективным представляется дифференцированный подход в применении комбинированной пластики брюшной стенки, оптимизирующий вариант имплантации аллоплантов и уменьшающий риск раневых осложнений.

Цель исследования. *И*зучить эффективность хирургической коррекции послеоперационных вентральных грыж с использованием пластики с сетчатым аллоплантом в варианте «onlay» и при расположении аллопланта в ретромускулярной позиции «sublay» или во влагалище прямых мышц живота «inlaym».

Материалы и методы. Для проведения клинической оценки различных вариантов комбинированной пластики передней брюшной стенки и разработки оптимального алгоритма ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 52 больных послеоперационными вентральными грыжами, которым устраняли грыжевые дефекты путем применения различных вариантов пластики с использованием аутотканей и сетчатых эндопротезов.

В алгоритме ведения больных с ПОВГ применяли следующее: предоперационный период – адекватное лечение сопутствующих соматических заболеваний, тренировка передней брюшной стенки дыхательной гимнастикой и грузами, профилактика тромбоэмболий и инфекции; диета, ношение бандажей интраоперационный –иссечение измененных тканей грыжевого мешка и грыжевых ворот, тщательный поэтапный гемостаз, минимальная травма и максимальное сохранение собственных дифференцируемых мышечно-апоневротических структур, дифференцированный выбор варианта имплантации и самого протеза, дренирование надсеточного пространства и подкожно-жировой клетчатки; послеоперационный – применение компрессионного векторного бандажа на операционном столе в зависимости от вариантов имплантации синтетического протеза пациенты были распределены на две группы: 1-я группа –31больных с восстановлением апоневроза и надапоневротического размещения сетчатого аллопланта в варианте onlay, 2-я группа– 9 пациентов с расположением аллопланта в ретромускулярной позиции sublay и 12 – во влагалище прямых мышц живота inlay . Обе группы сопоставимы по полу, возрасту и наличию сопутствующих заболеваний, размерам грыжевого дефекта. В 1-й группе женщин было 34, мужчин – 18. Средний возраст больных первой группы составил 60 года, второй –54 года. В структуре первичных операций доминируют ургентные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта 29, далее гинекологические 15, после травм и ранений – 8 Сопутствующие заболевания выявлены у 27 больных с преобладанием гипертонии; ишемическая болезнь сердца соответственно 14 бронхо-легочные заболевания 11 соответственно. Предоперационное клинико-инструментальное обследование пациентов проводилось на догоспитальном этапе для уточнения и коррекции имеющейся сопутствующей соматической патологии.

Результаты и обсуждение. Аллопластика в наших наблюдениях была показана пациентам с ПОВГ при наличии любого фактора, повышающего риск возврата грыжи: возраст старше 45 лет, соматическая патология, ожирение, грыжи других локализаций, продолжительность грыженосительства, множественный характер грыж, рецидив после предшествовавшей пластики. На вероятность развития осложнений влияет позиция аллопланта в разных слоях брюшной стенки, а также физические и текстильные характеристики эндопротеза.

Дифференцированные показания к вариантам имплантации сетки сформулированы нами на основе трёхлетнего опыта комбинированной пластики при послеоперационных вентральных грыжах и анализе ранних и отдаленных результатов лечения. В период 2017-2020 гг. при грыжах разной локализации устраняли грыжевой дефект и дополнительно размещали и фиксировали сетчатый имлантант в надапоневротической зоне в варианте onlay.Учитивая в послеоперационном периоде асептическую воспалительную реакцию на установленный имплант в виде избыточной продукции серозной жидкости

проведено адекватное дренирование. Это привело предупреждение послеоперационного нагноения и отторжения импланта. Для герниопластики обычно использовали полипропиленовые эндопроезные сетки для восстановительную хирургию (сетчатый имплантант Линтекс-Эсфил стандартный, выпускаемый в ассортименте различных размеров). В основе существующего метода комбинированной герниопластики лежит использование собственных тканей больного (рубцы, лоскуты грыжевого мешка, большой сальник) в комбинации с аллоплантами с размещениемих по принципам onlay, inlay, sublay, onlay+inlay. Радикальная натяжная пластика брюшной стенки выполняется одномоментно с устранением грыжевого дефекта и послойной адаптацией его краев.

Заключение. Применение дифференцированного подхода в выборе способа имплантации сетчатого материала при пластике передней брюшной стенке позволяет добиться снижения ранних послеоперационных осложнений до статистического минимума. Отдаленные результаты лечения зависят от проведения комплекса мероприятий на всех этапах ведения больных с ПОВГ.

ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF BETAXOLIN APPLICATION IN PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND DIABETIC RETINOPATHY

Scientific adviser: Imomaliyeva K.M.
Graduate student: Kurbonova K.D.
Tashkent Medical Academy

Relevance. Despite the rapid development of ophthalmology, the treatment of glaucoma remains one of the most important problems in this field of medicine. Traditionally, the main place in the treatment of this eye pathology is taken by drug therapy. Thanks to the progress of pharmacology, the arsenal of anti-glaucoma drugs has been significantly replenished. But at the same time, a large selection of drugs creates certain difficulties for the practitioner: it becomes more and more difficult to understand the huge flow of scientific information about new drugs.

Goal. Study of the effectiveness of monotherapy in the treatment of patients with concomitant pathology - primary open-angle glaucoma (POAG) and diabetic retinopathy (DR) with Betaxolin-SOLOpharm eye drops.

Materials and research methods. We observed 30 patients with POAG stages I, II and III in combination with DR and diabetic macular edema (DME) in the TMA multidisciplinary clinic. All patients underwent general ophthalmic research methods (visometry, perimetry, biomicroscopy, IOP measurement, ophthalmoscopy), as well as special research methods (computer perimetry, A and B-scanning, OCT). The patients were divided into 2 groups: study and control. Each group, depending on the stage of glaucoma and the degree of DR, was subdivided into 3 subgroups. The control group consisted of 15 patients (30 eyes) with POAG and DR who received only traditional etiopathogenetic treatment. The main group consisted of 15 patients (30 eyes) with POAG and DR who received traditional etiopathogenetic treatment in combination with Betaxolin-SOLOpharm (Betaxolol hydrochloride 0.5%). The dynamics of clinical, functional, hydrodynamic parameters, morphometric parameters of the retina and optic nerve head were evaluated.

Results. Monitoring of glaucoma indicators revealed the absence of a significant increase in IOP, positive dynamics of true IOP, the coefficient of ease of outflow and the minute volume of aqueous humor, Becker's coefficient, which are associated with an adequate selection of local antihypertensive drugs (monotherapy or a combination of drugs). As a result of treatment in patients with stages I and II glaucoma, there was an improvement in visual acuity, perimetric indices - MD and PSD by Humphrey. There was also a significant decrease in retinal edema, both in the macula and in the optic nerve head according to the OCT scan data.

Conclusion: Thus, the study showed that traditional treatment with the use of "Betaxolin-SOLOpharm" in the main group of patients with POAG and DR, DMO, compared with the control group, normalizes and improves visual functions, as well as ocular blood circulation (perfusion), effectively and does not cause side effects in I and II st. POAG. The combination of these factors makes it possible to characterize this drug as the most important tool in the arsenal of a local ophthalmologist in an outpatient setting. And for patients with III and IV degrees of POAG, a combined method of treatment is recommended with the use of drugs that strengthen the vascular wall, improve the rheological properties of blood and trophism of the eye tissues.

FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF MORPHOLOGICAL FEATURES OF DAMAGES FOR DIAGNOSTICS OF THE DRIVER AND PASSENGER OF THE FRONT SEAT IN FRONTAL COLLISIONS OF THE CAR

Imomov Kh.M., Akhmedova M.S.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Currently, there is a significant increase in road traffic accidents (RTA) and, as a result, car injuries. This is due to both objective reasons in the form of an increase in the number of imported and manufactured cars, the state of the roads in the country, etc., as well as subjective reasons - the quality of driver training, discipline on the roads, etc. In addition, the speed of movement of passenger cars has increased significantly. Investigation of the reasons for the high accident rate is not the prerogative of forensic medicine, however, they significantly affect the features of forensic medical examinations.

Most of the work on road traffic accidents dates back to the sixties and seventies.

Purpose of the study: To develop forensic criteria for identifying the driver and front seat passenger based on the comparison of the type of landing and the dynamics of movement of their bodies with the morphological features of the emerging injuries in frontal collisions of the car.

Materials and research methods. To fulfill the set goals and objectives, 31 acts of forensic medical examination of the corpses of persons who died in car interiors were studied. Of the entire spectrum of car internal injuries, 3/4 accounted for frontal collisions, which was taken as the basis of our research.

The research methods included examination of cars and victims at the scene of an accident or in special parking lots, followed by forensic photography of objects with a digital camera, with the obligatory participation of an expert-vehicle technician. The dimensions of the front part of the interiors of cars of various models were measured.

Research results. In case of an internal car injury, there are no particular difficulties in establishing the location of the only victim. The need for "seating" arises only when there is one or more passengers. The greatest difficulties for the expert commission arise when it is necessary to differentiate the driver and the front passenger in different variants of a frontal collision of the car.

The diagnosis of the differences between the driver and the front seat passenger is based on a forensic medical assessment of the morphological features of injuries, taking into account the types of landing, the dynamics of movement of the injured, as well as the features of the most traumatic parts of the passenger compartment, including the means of its passive safety, with the need to indicate the location of the steering wheel.

Establishing the type of collision of the car and the direction of movement of the driver and front passenger

Depending on the localization of damage to the body of the front part of the car, 3 types of frontal collisions were identified. The impact of an external obstacle on the front of the vehicle in the direction from front to back with the formation of deformation of the front center of the body or uniformly the entire front of the vehicle indicates a frontal center collision (FCC).

Conclusions. Thus, the selected types of seating positions for the driver and front seat passenger in the passenger compartment of the car make it possible to explain and systematize all the variety and differences of bodily injuries that occur during frontal collisions. On their basis, there is an additional opportunity to compare the injuries of the injured with the details of the car interior and to identify the most injured parts of the body.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии

В исследование включены 425 пациентов с патологии синовиальных складк коленного сустава. У таких пациентов при отсутствии эффективности консервативного лечение, специфической клинической симптоматики, неубедительных данных сонографии и МРТ важна диагностическая роль артроскопии. Протокол лечебной тактики включал в себя оперативный метод с применением артроскопии.

Коленный сустав по частоте поражения скелета занимает одно из первых мест и на его повреждения приходится до 25% всех травм опорно-двигательной системы. Это обусловлено многими факторами, одним из главных является возрастающая частота занятий спортом. По данным различных авторов, повреждения коленного сустава, которые нуждаются в хирургическом лечении, составляют от 5 до 7% от всех травм опорно-двигательного аппарата. Помимо костно-травматических изменений в коленном суставе, особого

внимания заслуживают повреждения капсульно-связочного аппарата, особенно патологические синовиальные складки, которые являются распространенной патологией в структуре повреждений коленного сустава.

Целью исследования было определить возможности и преимущества использования артроскопии в лечении патологии синовиальных складок коленного сустава.

В исследование включены 425 пациентов с патологии синовиальных складок коленного сустава подросткового возраста, среди которых были 236 женшины и 189 мужчины, пролеченных в РСНПМЦТО за период 2016-2021 гг.

По нозологиям пациенты были разделены следующим образом: у 165 пациентов диагностировано медиопателлярная складка с повреждением гиалинового хряща, у 135 пациентов супрапателлярная складка с гипертрофией жирового тела Гоффа, у 123 пациентов инфрапателлярная складка и у 2 пациентов латеропателлярная складка.

Всем пациентам проводилась артроскопическая резекция патологии синовиальных складок коленного сустава. У пациентов, у которых клинические проявления в болей были выражены, отмечены значительная гипертрофия медиопателлярной складки. Эффективность артроскопического лечения оценивалось клинически на сроке от 2 недель до 6 мес. после операции (ближайший результат).

К положительному клиническому результату отнесли пациентов, у которых отсутствовали жалобы, симптомы были отрицательные, и которые смогли вернуться к повседневной жизни.

Структуру ранних (до 6 недель) послеоперационных осложнений составили: рецидивирующие синовиты, ограничения движений, гипотрофия мышц конечности, появления хруста в суставе. В случаях осложненного раннего послеоперационного периода были проведены внутрисуставные инъекции противовоспалительных средств.

Артроскопическое лечение патологической медиопателлярной складки коленного сустава позволяет в оптимальные сроки восстановить функцию пораженного сустава, вернуть пациентов к привычной деятельности и улучшить качество жизни этой группы больных. Стойкие положительные результаты достигают более чем у 99% пролеченных больных.

МЕТОД УШИВАНИЕ КОРНЯ ЗАДНЕГО РОГА МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА

Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов М.Э. Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии, Ташкент

В последнее время разрывы корня менисков становится в центре внимания хирургов ортопедов, занимающихся артросокпией суставов. Под термином разрывы корня мениска понимается отрывные разрывы менисков или радиальные разрывы менисков от места прикрепления. Такие разрывы бывают причиной быстрого прогрессирования остеоартроза коленного сустава. В исследованиях доказано, что у больных с разрывами корня менисков, пролеченных консервативным путем и подвергшихся менискэктомии, получены неудовлетворительные результаты.

В основном разрывы корня менисков в основном встречаются у женщин при незначительных травмах.

МРТ исследование является основным методом для выявления разрывов корня заднего рога менисков, также этот метод дает возможность оценить состояние суставного хряща и связок коленного сустава. Симптомом присущим разрывам корня заднего рога менисков является симптом «призрака».

В настоящее время применяется артроскопическая транстибиальное ушиваине корня задних рогов менисков для получения лучших результатов у данной категории больных. Операция выполняется артроскопической техникой, стандартными портами коленными портами, созданием большеберцового туннеля, через который низводится шов, проведенный через корень поврежденного мениска и фиксируется либо анкером, либо завязывается в эндобаттон. Эта процедура является технически зависимой операцией, в основном необходимо инструментарий для восстановления передней крестообразной связки.

Противопоказаниями к рефиксации корня заднего рога менисков являются: вальгусная или варусная деформация коленного сустава более 3 гр.; остеоартроз III и IV ст. по классификации Келлгрена-Лоуренса, диффузные изменения суставного хряща III и IV ст. по классификации Всемирного общества регенерации суставного хряща и сохранения сустава (ICRS).

Больной С.Т., 1981 г.р., обратился с жалобами на боли по внутренней поверхности правого коленного сустава, хромоту, отек сустава, ограничение движений, хруст в коленном суставе. Из анамнеза: жалобы беспокоили за пследние 2,5 мес. Травму отрицает. Получил дважды консервативное лечение, безуспешно. Обратился вышеуказанными жалобами. У больного при осмотре отмечен хромота при ходьбе. Коленный сустав без иммобилизации, отмечен отек коленного сустава, боли по внутренней суставной линии. Из симтомов поражения менисков симтомы Байкова, Мак-Марри, сидения по-турецки были положительными. Надо отметить, что в заключении МРТ не упомянуто о повреждении мениска. При интрепретации МРТ нами

отмечен симптом “призрака” в области корня заднего рога медиального мениска. Больному предложена ушиваине корня заднего рога медиального мениска туннельной техникой.

Во время артроскопии обнаружен разрыв корня медиального мениска, остальные элементы сустава были интактны. Через корень медиального мениска проведены 2 шва нерассасывающимися нитями размером 2/0. Эти нити низведены через туннель, просверленный от проксимальной медиальной части большеберцовой кости к месту прикрепления корня заднего рога медиального мениска и зафиксированы специальным анкерным фиксатором к медиальной поверхности проксимальной части большеберцовой кости. Проверены стабильность корня заднего рога медиального мениска, состояние швов и стабильность мениска удовлетворительная. Вставлены швы на кожу. Правая нижняя конечность иммобилизована шиной тутором на месяц. В последоперационном периоде больному назначены антибиотики, препараты для предотвращения тромбоэмболических осложнений, противовоспалительные препараты. На 5-сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В заключении надо отметить, что диагностика и лечение разрывов корня заднего рога менисков является актуальной проблемой современной травматологии, имеет свои особенности диагностики и оперативного лечения, так как ушивается туннельной техникой, требует от специалистов навыков для выявления и проведения оперативного лечения, также необходимых артроскопических инструментариев.

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ

М.Э. Ирисметов, А. М. Шокиров
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Синдром пяточной шпоры считается основной причиной развития болевого синдрома в проекции плантарной поверхности пяточной области. Лечение синдрома пяточной шпоры требует проведения целого ряда консервативных физиотерапевтических лечений, направленных на нормализацию биомеханику стопы и уменьшение воздействия повреждающего механического фактора, применение комплекса лечебной физкультуры и специальных ортезов. Для облегчения боли вводят инъекционные растворы кортикостероидов, а также назначают нестероидные противовоспалительные препараты, также применяют различные биоматериалы. При отсутствии положительного результата от консервативной терапии методом выбора является оперативный метод лечения. На сегодняшний день описано несколько методик оперативного лечения: релиз нервных структур в пяточной области, резекция пяточной шпоры, открытая, перкутанная.

В нашем центре проводится эндоскопичский метод удаления пяточной шпоры - удаление костного оссификата. При данном методе лечение делается разрез размером 0,5см на медиальной и латеральной поверхности пяточной области, примерно в 1 см дистальнее места прикрепления подошвенной фасции - место удаленного остеофита коагулируют обелятором по тыльной поверхности пяточной кости. С латерального разреза вводится эндоскоп, с медиального вводится шейвер, производится полость в области шпоры. После костным буром удаляется шпора. Промывается физиологическим раствором. Далее накладывается швы на раны. Пациентам рекомендуется ходить на следующий день после операции. Швы удаляются через две недели после операции.

Вывод Предлагаемый способ малоинвазивного метода удаления пяточной шпоры не будет иметь риска повреждения магистральных сосудов и нервов. Поскольку в зоне оперативного действия присутствуют только терминальные кровеносные сосуды и конечные ветви нервов, и даже их повреждение не будет влиять на функциональный результат.

НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Д.м.н. Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р.
Директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии д.м.н. Ирисметов М.Э.

Восстановление повреждений медиальной коллатеральной связки коленного сустава не утратило актуальности и сегодня. Трудности с восстановлением повреждений медиальной коллатеральной связки коленного сустава возникают до сих пор. Цель нашей работы - усовершенствовать лечение повреждений медиальной связки коленного сустава и сократить время реабилитации. С 2010 по 2020 год в нашем центре пролечено 158 пациентов с повреждениями медиальной коллатеральной связки коленного сустава.

Актуальность. Коленный сустав занимает первое место по частоте травм суставов, что составляет до 25% от всех травм опорно-двигательной системы. Травмы связок составляют 40% травм коленного сустава.

От 5% до 7% всех пациентов с травмами коленного сустава требуется хирургическое вмешательство. На повреждение внутренней боковой связки приходится 7,9% повреждений коленного сустава. Это зависит от многих факторов, один из главных - рост занятий спортом среди населения.

Несмотря на множество исследований, посвященных повреждению медиальной коллатеральной связке, до сих пор нет единого подхода к выбору лечения. Причиной этого считается тяжесть травмы, степень нестабильности, продолжительность и объём операции.

Цель. Принимая во внимание вышеизложенное мы решили улучшить результаты хирургического лечения пациентов с медиальной коллатеральной травмой коленного сустава путем индивидуального подхода. Для этого мы разделили пациентов на 3 группы: сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой, сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с менисками и сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой и менисками.

Материалы и методы: С помощью нашего метода в период с 2010 по 2020 год 158 пациентам были выполнены операции по поводу разрыва медиальной коллатеральной связки. 127 из них были мужчины и 31 пациентов женщины. Возраст пациентов составлял от 15 до 64 лет. Длительность травмы от 1 дня до 5 лет. Из них 121 устаревшие, а в 37 случаях только что полученные травмы. У 84 пациентов травмы были правосторонними, а у 74 - левосторонними. Разрыв медиальной коллатеральной связки в 20 случаях был изолированным, в 138 случаях травмы сочетались вместе с травмами других элементов коленного сустава (смешанный тип). Мы разделили травмы смешанного типа на три группы.

1. Разрыв **медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой.**

А) с разрывом передней крестообразной связки в 44 случаях

Б) с разрывом задней крестообразной связки в 22 случаях

2. Разрыв **медиальной коллатеральной связки вместе с менисками** – в 4 случаях.

3. Разрыв медиальной коллатеральной связки вместе с **крестообразными связками** и менисками - в 68 случаях.

При восстановлении медиальной коллатеральной связки мы использовали три различных хирургических метода с учетом длительности травмы и других элементарных повреждений коленного сустава. В отделении спортивной травмы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (РИТОИАМ) разработан новый хирургический метод лечения разрыва медиальной коллатеральной связки коленного сустава. При этом из тонкой мышцы (m.gracilis) получают аутотрансплантат для восстановления разорванной медиальной коллатеральной связки. Метод был применен у 20 пациентов, в 35 случаях применено сшивание связок, лавсанопластика - в 103 случаях.

Для определения характера структурных изменений других элементов коленного сустава, обеспечивающих стабильность коленного сустава, всем пациентам были проведены клинико-рентгенологические обследования, денситометрия, артроскопия, УЗИ, МРТ.

МЕТОД УШИВАНИЕ КОРНЯ ЗАДНЕГО РОГА МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА

Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов М.Э. Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Травматологии и ортопедии, Ташкент

В последнее время разрывы корня менисков становится в центре внимания хирургов ортопедов, занимающихся артросокпией суставов. Под термином разрывы корня мениска понимается отрывные разрывы менисков или радиальные разрывы менисков от места прикрепления. Такие разрывы бывают причиной быстрого прогрессирования остеоартроза коленного сустава. В исследованиях доказано, что у больных с разрывами корня менисков, пролеченных консервативным путем и подвергшихся менискэктомии, получены неудовлетворительные результаты.

В основном разрывы корня менисков в основном встречаются у женщин при незначительных травмах.

МРТ исследование является основным методом для выявления разрывов корня заднего рога менисков, также этот метод дает возможность оценить состояние суставного хряща и связок коленного сустава. Симптомом присущим разрывам корня заднего рога менисков является симптом «призрака».

В настоящее время применяется артроскопическая транстибиальное ушиваине корня задних рогов менисков для получения лучших результатов у данной категории больных. Операция выполняется артроскопической техникой, стандартными портами коленными портами, созданием большеберцового туннеля, через который низводится шов, проведенный через корень поврежденного мениска и фиксируется либо анкером, либо завязывается в эндобаттон. Эта процедура является технически зависимой операцией, в основном необходимо инструментарий для восстановления передней крестообразной связки.

Противопоказаниями к рефиксации корня заднего рога менисков являются: вальгусная или варусная деформация коленного сустава более 3 гр.; остеоартроз III и IV ст. по классификации Келлгрена-Лоуренса,

диффузные изменения суставного хряща III и IV ст. по классификации Всемирного общества регенерации суставного хряща и сохранения сустава (ICRS).

Больной С.Т., 1981 г.р., обратился с жалобами на боли по внутренней поверхности правого коленного сустава, хромоту, отек сустава, ограничение движений, хруст в коленном суставе. Из анамнеза: жалобы беспокоили за пследние 2,5 мес. Травму отрицает. Получил дважды консервативное лечение, безуспешно. Обратился вышеуказанными жалобами. У больного при осмотре отмечен хромота при ходьбе. Коленный сустав без иммобилизации, отмечен отек коленного сустава, боли по внутренней суставной линии. Из симтомов поражения менисков симтомы Байкова, Мак-Марри, сидения по-турецки были положительными. Надо отметить, что в заключении МРТ не упомянуто о повреждении мениска. При интрепретации МРТ нами отмечен симптом “призрака” в области корня заднего рога медиального мениска. Больному предложена ушиваине корня заднего рога медиального мениска туннельной техникой.

Во время артроскопии обнаружен разрыв корня медиального мениска, остальные элементы сустава были интактны. Через корень медиального мениска проведены 2 шва нерассасывающимися нитями размером 2/0. Эти нити низведены через туннель, просверленный от проксимальной медиальной части большеберцовой кости к месту прикрепления корня заднего рога медиального мениска и зафиксированы специальным анкерным фиксатором к медиальной поверхности проксимальной части большеберцовой кости. Проверены стабильность корня заднего рога медиального мениска, состояние швов и стабильность мениска удовлетворительная. Вставлены швы на кожу. Правая нижняя конечность иммобилизована шиной тутором на месяц. В последоперационном периоде больному назначены антибиотики, препараты для предотвращения тромбоэмболических осложнений, противовоспалительные препараты. На 5-сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В заключении надо отметить, что диагностика и лечение разрывов корня заднего рога менисков является актуальной проблемой современной травматологии, имеет свои особенности диагностики и оперативного лечения, так как ушивается туннельной техникой, требует от специалистов навыков для выявления и проведения оперативного лечения, также необходимых артроскопических инструментариев.

НАШ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ДЕФЕКТНЫХ РАЗРЫВАХ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Цель. Улучшение результатов лечения, сократить сроки реабилитации, уменьшение травматичности путём усовершенствование оперативного методов лечения при застарелых дефектных повреждениях собственной связки надколенника.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2021 года по разработанной нами методике прооперировано 9 больных с разрывами ССН. Мужчин было 8 (88,9%), женщин – 1 (11,1%). Возраст больных составил от 23 до 58 лет. Средний возраст составил 36,7 лет. При дефектных повреждениях собственной связки надколенника в отделении спортивной травмы предложен новый метод восстановления. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Доступ к разорванной связке осуществляется срединным парамедиальным разрезом. Находят и освежают концы рубцово-изменённой собственной связки надколенника. С обеих сторон нижнем полюсе надколенника делается два канала, и из этих каналов проводят лавсановые нити, производится зигзагообразное проведение лавсановой нити через толщу проксимальной части (армирование) рубцово-изменённой связки по обеим сторонам. Место дистальном прикрипление собственной связки надколенника в средини бугристости большеберцовой кости выделяет костный трансплантат с размерами 0,5*1,0*0,5 см не отделяя от собственной связки надколенника и от средней части собственной связки проксимальном направление берётся аутотрансплантат с шириной 1,5 см до 0,5 см проксимальной части дистального отдела. Нижний полюс надколенника в средней части отсепаровывается. Ранее приготовленный аутотрансплантат разворачивается и костный блок вставится на место отсепаровываной части надколенника и ушивается. Образованный дефект нижнем части связки надколенника ушивается. В дистальном части медиальных и латеральных сторон с помощью лавсановых нитей проводиться армирование. После чего натягивая проксимальную и дистальную части лавсановой нити завязываются. Аутотранплантат ушиваем дополнительными швами. Таким образом, дефект заполняется из рубцово-изменённого остатка собственной связки надколенника, формируется мягкотканная тяга, которой в последующем при разработке заменяет ткань собственной связки надколенника.

Результаты. В отделении спортивной травмы этим способом прооперированы 9 больных с застарелыми дефектными разрывами собственной связки надколенника. После операции оперированная конечность иммобилизируется в гипсовой повязке в течение 4 недель, после чего гипсовая повязка снимается, разрешаются движения в коленном суставе. Нагрузка на конечность через месяц. У всех больных отмечены хорошие и отличные отделённые результаты. При проведении лавсановой нити зигзагообразно по толще

проксимальной части собственной связки с обеих сторон надколенника и пришивании к бугристости большеберцовой кости повышается надёжность и прочность ушивания.

Вывод. Таким образом, предлагаемый способ восстановления застарелых разрывов собственной связки надколенника является малотравматичной операцией, не требует особых знаний и может быть применён в широкой практической медицине.

ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э. Салиев С.М.

Введение. Объективные методы обследования могут быть не всегда измеримы и очень сложно интерпретировать уровень во время выполнения тестов у больных с патологиями вращательной манжеты. Особенно очень сложно оценивать объективные методы обследования при научных исследованиях у многих пациентов. В последнее время наблюдается тенденция к использованию субъективных критериев оценки результатов обследования. Также отсутствие стандартизации методов обследования приводит к трудностям при проведении сравнений между исследованиями и интерпретациями результатов. Таким образом, в этом исследовании нами было оценено частых пять общих субъективных методов оценки плечевого сустава при патологиях вращательной манжеты и при лечении пациентов хирургическим путём с точки зрения их разработки, достоверности, надежности, отзывчивости и клинического применения.

Материалы и методы. После обширного поиска в литературе на базе google scholar за последние 10 лет было выявлено пять типичных показателей плечевого сустава при патологиях вращательной манжеты, внедрённых и основанных на пациентах: the University of California, Los Angeles Shoulder Rating Scale (UCLA), Constant Score (CMS), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES), Simple Shoulder Test (SST) инвалидность руки, плеча и кисти (DASH). Затем эти анкеты были обсуждены по оценке с точки зрения процесса их разработки, валидности, надежности, оперативности и клинического применения.

Результаты. В плечевой хирургии, и в частности при заболевании вращательной манжеты плеча, ряд эти показатели были предложены как способ измерения валидных результатов вмешательства у пациентов при патологиях вращательной манжеты и некоторые из этих показателей относятся к функции (ASES, CMS, UCLA, SST, DASH) показали конструктивную валидность, надежность тестирования-повторного тестирования и способность реагировать на изменения. Тем не менее, многие из этих инструментов не прошли надлежащую проверку и вместо этого использовались просто по историческим причинам.

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что ни один инструмент не может быть абсолютным при интерпретации функций пациента и удовлетворение после операции при патологиях вращательной манжеты плеча. Необходимо учитывать все методы обследования при интерпретации результатов оперативного лечения. При исследовательских работах по оценке результатов лечения повреждений сухожилий вращательной манжеты можно применить все пять вышеизложенных методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Б.М.Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев, К.Х.Мамажанов.
(Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП).

Актуальность. По литературным данным опухоли грудного отдела спинного мозга встречаются в 4-11% случаев среди других видов заболеваний спинного мозга. По распространенности почти одинаково встречается среди мужчин и женщин.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение ранних клинических проявлений и результатов оперативного лечения опухолей спинного мозга.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении АФРНЦЭМП с 2015 по 2019 год были обследованы и пролечены 7 больных с опухолями грудного отдела позвоночника. Среди обследованных больных, мужчин - 4, женщин - 3. Возраст больных от 17 до 55 лет. Давность заболевания от 3-х до 6 месяцев.

В отделении проведены - комплексное обследование больных с применением КТ и МРТ исследования грудного отдела спинного мозга.

При клиническом обследовании у всех больных выявлены различного вида неврологические нарушения (у 3-х больных картина нижнего спастического парапареза с нарушением функции тазовых

органов по типу задержки и у 4-х больных нижняя спастическая параплегия). Нарушения чувствительности носили проводниковый характер и наблюдались ниже уровня локализации опухолевого процесса.

Применение обычных рентгенологических исследований позвоночника в стандартных проекциях не выявили особых изменений на спондилограммах. КТ и МРТ исследования больных применялись с целью выявления опухолевого процесса, его расположения по отношению к спинному мозгу, протяженности опухоли. Из всех обследованных больных у 3-х больных выявлены опухоли экстрамедуллярного расположения, у 2-х больных выявлены интрамедуллярные и у 2-х больных экстрадуральные опухоли. Размеры опухоли от 2-х до 7 см.

На основании полученных данных составили план и объём оперативного вмешательства.

Операционный доступ у всех больных – ламиноэктомия на уровне 2-3-х позвонков (в зависимости от протяженности опухолевого процесса). Все оперативные вмешательства проводились с применением микрохирургического инструментария и оптического увеличения. Во всех случаях проведено полное удаление опухоли вместе с капсулой.

По результатам гистологического исследования в 4х случаях выявлены невриномы, а в 2-х случаях менингиомы и в одном случае гемангиобластома.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первично и швы были сняты на 8 - 10 сутки после операции. У всех больных отмечен регресс неврологической симптоматики с восстановлением утраченных функций спинного мозга.

Выводы. Таким образом, ранее и правильное установление диагноза с применением КТ и МРТ исследования позволяют проведению ранних оперативных вмешательств и способствуют более полному восстановлению утраченных функций спинного мозга.

.

ДИСКОГЕННАЯ ШЕЙНАЯ МИЕЛОПАТИЯ: ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамадалиев А.Б, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП.

Материалы и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 25 больных с дискогенной шейной миелопатией. Среди обследованных больных мужчин было 21 (84,0 %) и женщин 4 (16,0 %) больных. Возраст больных от 35 до 60 лет. Уровень локализации патологического процесса у 3 (12,0 %) на уровне CIII-CIV, на уровне CIV-CV - у 15 (60,0 %) и на уровне CV-CVI позвонков -у 7 (28,0 %) больных.

Хирургическое вмешательство выполнялось из переднебокового доступа. Из них передняя шейная декомпрессия и спондилодез углеродным имплантатом выполнена 18 (72,0 %) больным, передняя декомпрессия с корпорэктомией и фиксацией металлическими пластинами - 7 (28,0 %) больным.

Результаты и обсуждение. Для оценки тяжести клинических проявлений и степени восстановления неврологического дефицита использовалась шкала Японской ортопедической ассоциации. Шкала характеризует тяжесть клинических проявлений шейной миелопатии и дает возможность определения индекса восстановления в процентном отношении. В наших наблюдениях по результатам проведенных оперативных вмешательств хорошие результаты получены у 16 (64,0 %) больных, удовлетворительные - у 7 (28,0 %) больных, неудовлетворительные - у 2 (8,0 %) больных.

Вывод. Таким образом, раннее проведение оперативных вмешательств и адекватная декомпрессия элементов спинного мозга, надежная стабилизация позвоночника дают хорошие клинические результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Материал и методы. Прооперировано 65 больных с различными видами травм шейного отдела позвоночника. Мужчин было 57 (87,7 %) и женщин 8 (12,3 %)- больных. Возраст больных от 20 до 56 лет.

Неврологические нарушения в виде тетрапареза и тетраплегии было у 38 больных и случаи с нарушением функции тазовых органов. Неосложненные повреждения наблюдались у 27 (41,5 %) больных. Проведено рентгенографическое, МСКТ и МРТ исследование позвоночника. По уровню повреждения: CII – 2 (3,1 %) больных, CIV – CV – 49 (75,4 %) больных и CVI – 14 (21,5 %) больных.

При повреждении на уровне CII позвонка иммобилизация проведена с применением HALO аппарата у 2-х (3,1 %) больных. Передняя дискэктомия с межтеловым спондилодезом выполнена у 56 (86,1

%) больных. Метод передней корпорэктомии со стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника пластинами использовался в 7 (10,1 %) случаях.

Результаты и обсуждение. Для оценки тяжести клинических проявлений и степени восстановления неврологического дефицита использовалась шкала Японской ортопедической ассоциации. В наших наблюдениях по результатам проведенных оперативных вмешательств хорошие результаты получены у 46 (70,7 %) больных, удовлетворительные у 17- (27, 5 %) больных, неудовлетворительные у 2 - (3,8 %) больных.

Выводы. Таким образом, раннее проведение оперативных вмешательств и адекватная декомпрессия элементов спинного мозга, надежная стабилизация поврежденного сегмента позвоночника дают хорошие клинические результаты.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ

Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Мамадалиев А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Острое нарушение мозгового кровообращения является третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет от 4 до 30% (Ю.В. Симанов, 2001; И.А. Лебедев и соавт. 2007; Y. Lampl, 1995; H. Arai, 1997). Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация - 70-80% (И.В. Дамулин и соавт. 2003; P. Kolominsky-Rabas и соавт. 1998; D. Woo и соавт. 2004).

Цель исследования. Проведение анализа результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом на основе современных методов нейровизуализации и нейрохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2015 по2019 год находились 35 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу различной локализации. Возраст больных от 50 до 65 лет. При распределении по полу мужчин – 28, женщин – 7 больных. По данным анамнеза все больные страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 5 до 10 лет. Из 35 обследованных 29 больным проведено оперативное лечение.

Всем больным проводили клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по ШКГ и Hunt-Hess. Оценивались общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Тяжесть состояния больных оценена по шкале ICH. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ). Из инструментальных методов исследования применяли МРТ и КТ исследование головного мозга.

По уровню нарушения сознания при поступлении больные распределились следующим образом: ясное сознание — 5 (8,3%) пациента, умеренное оглушение — 8 (25,0%), глубокое оглушение — 9 (41,6%), сопор — 5 (16,6%), умеренная кома — 2 (8,3%). Апоплектиформный вариант течения ГИ отмечался у 7 (58,3%) пациентов. Прогредиентное течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (25,0%) больных, у 2 (16,6%) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита без угнетения сознания.

Показаниями к хирургии геморрагических инсультов являлись:

1. латеральный инсульт (гематома объемом более 40 мл);
2. лобарный инсульт (гематома более 30 мл).

Развитие коматозного состояния у больных с геморрагическим инсультом является плохим прогностическим признаком и при длительности комы более 6-12 часов является показанием к операции. Операция заключается в удалении гематомы и устранении эффектов компрессии и дислокации мозга. Важным в послеоперационном периоде является профилактика повторных кровоизлияний в ложе удаленной гематомы.

Результаты и их обсуждение. Во время операции с использованием нейровизуализации и микронейрохирургической техники проведено удаление внутримозговых инсульт гематом. Объем удаленных гематом от 40 до 80 см3. В послеоперационном периоде больным проводилось соответствующее лечение направленное на борьбу с отеком мозга и восстановления утраченных функций головного мозга. Хорошие результаты получены у 18 больных, удовлетворительные у 8 больных и летальный исход наблюдался у 3 больных (больные оперированные в состоянии комы и наличием признаков дислокации мозга).

Выводы. Хирургическое лечение показано больным с геморрагическим инсультом, находящимся в компенсированном и субкомпенсированном состоянии, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии. Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 83%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИ- И СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Исаков К.Б, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю,, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н.
Андижанский филиал РНЦЭМП.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кровоизлияния в полость черепа с формированием внутричерепных гематом, отека являются частыми осложнениями тяжелых черепно-мозговых травм. Основным методом лечения при возникновении таких осложнений является оперативное вмешательство.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения больных с травматическими гематомами.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 год находились 165 больных с травмами головного мозга различной степени тяжести. Из них у 73 больных по результатам исследования выявлены внутричерепные гематомы. Среди обследованных больных мужчин – 57 (78,0 %), женщин – 16 (21,9 %). Возраст больных от 20 до 65 лет. Основной контингент составили больные в возрасте от 20 до 45 лет – 65 (89,9 %) больных. По механизму полученной травмы: бытовая – 16 (21,9 %), уличная (автотравмы, побои) – 55 (75,3 %) и производственная (падение с высоты) – 2 (2,7 %). Взависимости от тяжести полученной травмы 65 (89,9 %) больных госпитализированы в нейрореанимационное и 7 - (9,5 %) в нейрохирургическое отделение. При поступлении 3 (4,1 %) были в ясном сознании, оглушенном - 4 (5,4 %), в сопорозном – 49 (67,1 %), в умеренной коме – 11 (15,0 %) и в тяжелом коматозном состоянии – 6 (8,2 %) больных. Всем больным при поступлении проведены КТ и МРТ исследование головного мозга. По результатам проведенных КТ и МРТ исследования выявлены внутричерепные гематомы различной локализации и глубины. По объему гематомы были более 50 мм3, у 3 (4,1 %) больных выявлены множественные гематомы различной локализации.

После установления диагноза наличия гематомы больные подвергнуты оперативному лечению – декомпрессивная трепанация черепа (дефект кости 8 х 6 см), ревизия эпи- и субдурального пространств головного мозга, удаление гематомы – 59 (80,8 %) больных:

- удаление гематомы через расширенное трепанационное отверстие (костный дефект 3 х 3 см) – 11 (15,0 %) больных;
- наложение 2-х трепанационных отверстий с удалением эпи- и субдуральной гематомы – 3 (4,1 %) больных.

Результаты и их обсуждение. По исходам проведенного комплексного хирургического лечения были получены следующие результаты: в компенсированном состоянии, без грубых неврологических нарушений выписано 51 (69,8 %) больных, с незначительными неврологическими нарушениями – 15 (20,5 %), летальный исход в наших случаях наблюдался у 7 (9,5 %) больных. Анализ результатов летальных исходов показал, что у этих 7 больных были отмечены грубые неврологические нарушения, степень нарушения сознания – кома II-III, по данным КТ исследования объем гематомы превышал 80 мм3, смещение срединных структур головного мозга более 10 мм, с явлениями дислокации.

Выводы. Выбор метода хирургического лечения тяжелых черепно-мозговых травм с наличием гематом зависит от клинического течения, локализации, объема гематом. Внутричерепные гематомы объемом более 35 мм3 требуют проведения декомпрессивной трепанации черепа с удалением гематомы. Операции проведенные в первые 6 – 8 часов после травмы и состояния больных в компенсированном состоянии дают больше положительных результатов.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

К.Б.Исаков, Б.М.Исаков, А.Б.Мамадалиев, А.Р.Мамадалиев, Кодиров Д.Р.
Андижанский филиал РНЦЭМП
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Спондилолистезы позвоночника в основном встречаются в переходном поясничнo-крестцовом отделе и по данным различных авторов составляет 4 - 7 % от всех заболеваний позвоночного столба. Смещение позвоночника чаще развивается на фоне дегенеративных изменений в межпозвоночном диске, которые становятся причиной нестабильности. Смещение тел позвонков по отношению к друг другу нарушает нормальное взаимоотношение нервных структур располагающиеся в позвоночном канале. Вследствии этого заболевание клинически проявляется болевым синдромом и нарушением статики позвоночника.

Цель. Выявление причин возникновения болевого синдрома с применением современных методов диагностики (КТ и МРТ), проведение адекватного хирургического лечения.

Материалы и методы. Материалом исследования явились истории болезни 29 больных с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника, которым было проведено хирургическое лечение в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП в 2015 – 2020 годах. Из них 16 (65,6 %) мужчины и 13 (34,3 %) женщины. Все больные были работоспособного возраста – от 20 до 45 лет.

С целью выявления причин возникновения болевого синдрома всем больным проведены комплексное обследование с применением современных методов исследования (спондилография, КТ и МРТ). По результатам КТ и МРТ исследования картина спондилолистеза обнаружено на уровне L4 – L5 позвонков у 12 (17,9 %) и L5-S1 у 17 (25,3 %) больных. Смещение позвонков соответствовало II – III степени. Из всех обследованных больных у 20 (68,9 %) выявлены признаки грыжи межпозвонкового диска, размерами от 8 мм до 14 мм. При клинико-неврологическом обследовании у больных были выявлены признаки сдавления корешков спинного мозга L4 – 9 (13,4 %), L5 – у 20 (29,8 %), 6 больных страдали нарушениями функции тазовых органов по типу задержки. Проведено оперативное лечение, которое завершалось стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника:

- редукция сместившегося позвонка, стабилизация транспедикулярными фиксаторами – 9 (%) больных.

- гемиламинэктомия, аркотомия, ревизия позвоночного канала, дискэктомия и стабилизация транспедикулярными фиксаторами – 20 (68,9 %) больных.

Результаты и их обсуждение. Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения. В ближайшем послеоперационном периоде в основном обращали внимание на регресс неврологической симптоматики. Восстановление функции корешков наблюдали у 21 (72,4 %) больного, у 8 (27,5 %) больных двигательные и чувствительные нарушения остались на прежнем уровне.

В отдаленные сроки после проведенного оперативного вмешательства у 4 (6,8 %) больных восстановились функция тазовых органов. У остальных 2 (20,6 %) больных особых изменений в неврологическом статусе не наблюдали.

У всех больных, которым была проведена стабилизация поврежденного сегмента позвоночника транспедикулярными фиксаторами, при повторном обследовании подвижность не обнаружена.

Выводы. Таким образом, в большинстве случаев причинами возникновения болевого синдрома и нарушения статики позвоночника происходит за счет как самого дегенеративного изменения, так и за счет появления грыжи межпозвонкового диска.

При выборе метода оперативного вмешательства необходимо учитывать оба этих фактора.

Анализ результатов применения различных металлофиксаторов показал, что наиболее жесткую и стабильную фиксацию обеспечивают применение транспедикулярных фиксаторов.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

З.С.Исламов, А.Ф.Икрамов, Б.З.Умарова
ТашПМИ, АндМИ.

Исследованиями большинства авторов установлено, что за последние полвека отмечается рост частоты больных с ретинобластомой в несколько раз. Следует отметить, что частота ретинобластомы в большинстве стран мира практически одинаковая, но может варьировать из года в год. В Египте частота встречаемости Рб составляет 1:20000 новорожденных (Mohammed A.M, et al.2009), в Иране - 1:15000-18000 (Naseripour M, et al.,2009), в Великобритании и в других странах Европы 1:20000 (MacCarthy A, et al.2009), в США – 1 ретинобластома на 15 000 - 20 000 живых новорожденных в *Shields C. L, and Shields J.A2004)*. Поэтому Kivelä T.(2009) рекомендует частоту Рб изучать за длительнкй период.

Цель. Изучение частоты встречаемости ретинобластомы в Республике Узбекистан.

Материал и методы. Нами изучены истории болезни 295 больных с ретинобластомой, пролеченных в отделении онкоофтальмологии РОНЦ МЗ РУз. с 2001 по 2010 год из разных областей Республики Узбекистан. В момент установления диагноза больные были в возрасте от 1 месяца до 11 лет. Из них мальчиков было 157 (53,2%), девочек было 138 (46,8%). Для выявления частоты встречаемости РБ за один год, мы делили число родившихся детей в этом году в каждой области на количество заболевших детей за этот год из этой области. Также вычисляли частоту встречаемости за 10 лет в каждой области и по Республике в целом.

Результаты. Исследование показало, что арифметическое количество больных с ретинобластомой ежегодно обращавшихся к нам с каждой области варьирует от 0 до 6. Выявлено также, что из некоторых областей в течение одного или двух лет больных с ретинобластомой к нам не поступало. Исходя из этого можно сказать, что в каждой области ежегодная частота ретинобластомы в течение 10 лет также варьирует в довольно широком диапазоне. Например, в Бухарской области от 1 случай Рб на 5870 новорожденных до 1: 32584 новорожденных. Средний показатель за 10 лет был в пределах 1: 14537 новорожденных. Или

же, в Самаркандской области от 1:10449 до 1:75123 новорожденных. Средний показатель за 10 лет был **1:20534** новорожденных.

Выявлена самая высокая частота Рб за 10 лет среди административных единиц республики: это в Бухарской и Андижанской областях 1:14537 и 1:14643 новорожденных соответственно. Самая низкая частота за 10 лет была в Наманганской и Джизакской областях 1:29890 и 1:26670. По республике ежегодные данные тоже варьируют от 1:15893 до 1:31324. Средний уровень частоты ретинобластомы в Узбекистане за 10 лет составила 1:19335 новорожденных.

Заключение. Такое варьирование частоты Рб возможно объяснить тем, что страдает ранняя диагностика и недостаточной онкологической настороженности некоторых врачей, когда больные с симптомами Рб долгое время лечатся и оперируются от других заболеваний. Но вместе с этим надо отметить, что в развитых странах также отмечается варьирование частоты Рб: в США 250-300, Швеция и Финляндия 0-10, Израиль 7-10.

СИМПТОМЫ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

З.С. Исламов, Б.З.Умарова.
ТашПМИ, АндМИ

По данным большинства авторов основными симптомами ретинобластомы являются свечение зрачка и косоглазие, редкими симптомами считают увеит, вторичную глаукому и буфтальм. Но все эти симптомы не всегда замечаются окружающими, так как больные дети не могут высказать свои жалобы, опухоль прогрессирует, что приводит к запущенным состояниям.

Целью нашей работы было провести анализ клинической картины и симптомов ретинобластомы на разных стадиях опухолевого процесса.

Материал и методы. Нами были обследованы 349 детей с диагнозом «подозрение на ретинобластому». Больные были в возрасте от 1 месяца до 6 лет. Всем больным проведены комплексные методы диагностики и дифференциальной диагностики: осмотр боковым освещением, офтальмоскопия, биомикроскопия, обследование на RetCam, взята кровь на общий анализ и генетические исследование, а также УЗ допплерография, КТ.

Результаты. У 54 больных (14%) обнаружены заболевания, симулирующие ретинобластому(«псевдоретинобластомы»). В результате комплексного обследования у 54 больных с подозрением на Рб, диагноз не подтвердился. После обследования им установлены следующие диагнозы: фиброз стекловидного тела(9 -16%), вторичная глаукома(7-13%), ретинит Коатса(7- 13%), увеит(6-11%), ретролентальная фиброплазия (5-9%), колобома сосудистой оболочки (3-5%), эндофтальмит (3-5%), отслойка сетчатки (3-5%), гемофтальм(3-5%), остатки артерии сетчатки(2-4%), Эти больные направлены к детским офтальмологам на дальнейшее обследование и лечение.

У остальных 295 пациентов (362 глаза) диагноз ретинобластома подтвердился. Односторонняя ретинобластома была у 228 больных и двусторонняя ретинобластома была выявлена у 67. Все они были жителями разных областей республики.

В возрасте от 1 месяца до 1 года ретинобластома диагностирована у 96(32,5.%) больных, от 1 года до 3-х лет- 147(50%), от 3 до 6 лет – 44(15%), в возрасте от 6 лет до 11 лет только 8 пациентов (3%).

Больные поступали в разных стадиях развития опухолевого процесса. В 63 глазах (17,5%) была стадия $T_1N_0M_0$, в 185 глазах (51%) $T_2N_0M_0$, в 80 глазах(20,4%) T_3 и в 34 глазах(9%) T_4. В 25 случаях (6,9%) со стадией T_4 были метастазы в околоушных лимфоузлах и в головном мозге. Опухоль в стадии Т1 в основном была выявлена в парных глазах у больных с двусторонней Рб (60 глаз), только у 3 больных стадия Т1 была выявлена в одностороннем процессе первично.

В диагностическом отношении первым и наиболее частым признаком ретинобластомы было свечение зрачка в 235 случаев(81,6%). В 29 случаях(10,1%) родители первым заметили отклонение глаза - косоглазие, а через некоторое время свечение.

Нижеследующие симптомы появлялись по мере развития опухоли внутри глаза. Так как больные поступали в разные периоды развития болезни, симптомы выявляющиеся при поступлении были разные. Покраснение глаза обнаружено у 133 больных (37,6%), у 110 (31%) увеличение глазного яблока, у 7 больных(2%) глаз был уменьшен в размере. Роговица была увеличена у 89 больных (25%), отечная у 8(2,%), помутнена у 6 больных(1,7%). Во влаге передней камеры у 18 больных(5%) была гифема, у 16 (4,5%) больных - псевдогипопион, в 6 случаях (1,7%) она не просматривалась. Передняя камера в 99 случаях (28%) была мелкой, в 12 случаях(3,4%) -глубокой, в 24 случаях(6,8%) не просматривалась. В 34 случаях был рубеоз радужки (9,6%), в 17 случаях (4,8%) она была двухцветной, в 16 случаях(4,5%) - атрофичной. В 131 случае (37,%) был мидриаз. В 112 случаях (32%) на УЗИ и КТ обнаружено заполнение опухолью глаза, в 114 случаях (32%) на 1/2, в 16 случаях(4,5%) - гемофтальм. В 221 случае (62,6%) глазное дно не офтальмоскопировалось, в 24 случаях(6,8%)- частично, только в 43 случаях(12,1%)

офтальмоскопия была возможна. В 169 случаях (47,8%) ВГД было повышенным, в 119 случаях (34%) - нормальным.

Обсуждение. В развитых странах, где существуют несколько скрининговых программ, ретинобластома в основном выявляется в начальной стадии (T_1) поэтому при поступлении в основном констатируется симптом свечения - лейкокория и косоглазие. Поэтому они считают эти симптомы основными. Вышеуказанные симптомы появляются в развитых стадиях, которые редко встречаются в развитых странах, поэтому они считают их редкими симптомами. В развивающихся же странах таких скрининговых программ не существует, и ретинобластома у детей в основном выявляется по обращаемости в развитых стадиях

Заключение. Разнообразная клиническая картина Рб может ввести в заблуждение врачей, не знающих всю клиническую картину, поэтому все больные с подозрением на Рб должны обследоваться в крупных центрах, где имеются современная аппаратура и квалифицированные специалисты.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ

З.С.Исламов, А.Ф.Икрамов, Б.З.Умарова
ТашПМИ, АндМИ.

Исследованиями большинства авторов установлено, что за последние полвека отмечается рост частоты больных с ретинобластомой в несколько раз. Следует отметить, что частота ретинобластомы в большинстве стран мира практически одинаковая, но может варьировать из года в год. В Египте частота встречаемости Рб составляет 1:20000 новорожденных (Mohammed A.M, et al.2009), в Иране - 1:15000-18000 (Naseripour M, et al.,2009), в Великобритании и в других странах Европы 1:20000 (MacCarthy A, et al.2009), в США – 1 ретинобластома на 15 000 - 20 000 живых новорожденных в *Shields C. L, and Shields J.A2004)*. Поэтому Kivelä T.(2009) рекомендует частоту Рб изучать за длительнкй период.

Цель: Изучение частоты встречаемости ретинобластомы в Республике Узбекистан.

Материал и методы. Нами изучены истории болезни 295 больных с ретинобластомой пролеченных в отделении онкоофтальмологии РОНЦ МЗ РУз. с 2001 по 2010 год из разных областей республики Узбекистан. В момент установления диагноза больные были в возрасте от 1 месяца до 11 лет. Из них мальчиков было 157 (53,2%), девочек было 138 (46,8%). Для выявления частоты встречаемости РБ за один год, мы делили число родившихся детей в этом году в каждой области на количество заболевших детей за этот год из этой области. Также вычисляли частоту встречаемости за 10 лет в каждой области и по Республике в целом.

Результаты. Исследование показало, что арифметическое количество больных с ретинобластомой ежегодно обратившихся к нам с каждой области варьирует от 0 до 6. Выявлено также, что из некоторых областей в течение одного или двух лет больных с ретинобластомой к нам не поступало. Исходя из этого в каждой области, что ежегодная частота ретинобластомы в течение 10 лет также варьирует в довольно широком диапазоне. Например, в Бухарской области от 1 случай Рб на 5870 новорожденных до 1: 32584 новорожденных. Средний показатель за 10 лет был в пределах 1: 14537 новорожденных. Или же, в Самаркандской области от 1:10449 до 1:75123 новорожденных. Средний показатель за 10 лет был **1:20534** новорожденных.

Выявлена самая высокая частота Рб за 10 лет среди административных единиц республики: это в Бухарской и Андижанской областях 1:14537 и 1:14643 новорожденных соответственно. Самая низкая частота за 10 лет была в Наманганской и Джизакской области 1:29890 и 1:26670. По республике ежегодные данные тоже варьируют от 1:15893 до 1:31324. Средний уровень частоты ретинобластомы в Узбекистане за 10 лет составила 1:19335 новорожденных.

Заключение. Такое варьирование частоты Рб возможно объяснить тем, что страдает ранняя диагностика и недостаточной онкологической настороженностью некоторых врачей, когда больные с симптомами Рб долгое время лечатся и оперируются от других заболеваний.. Но вместе с этим надо отметить, что в развитых странах также отмечается варьирование частоты Рб: в США 250-300, Швеция и Финляндия 0-10, Израиль 7-10.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ФЛЮОРОЗ ЗУБОВ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исламова Нилуфар Бустановна
Самаркандский Государственный Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан.

Актуальность. Современная стоматология располагает широким спектром эффективных методов терапии флюороза зубов (ФЗ). Однако для многих пациентов прежде всего подростков, пока он остается

проблемой. В настоящее время, когда общество относит красивую здоровую улыбку к стандарту успеха и респектабельных норм, данная проблема становится все более актуальной. Традиционно стоматологи первостепенное внимание уделяют наиболее распространенным заболеваниям – кариесу зубов и болезням пародонта.

Данный подход имеет объективное обоснование, так как несвоевременное или неадекватноелечение этих заболеваний может приводить к возникновению серьезных осложнений не только местного, но и системного характера. Как правило, ФЗ признается косметической проблемой, не угрожающей соматическому здоровью человека, и, следовательно, не требующей разработки организационных форм ее решения. Цель исследования: выявить особенности медико-социальных аспектов флюороза зубов у детей для совершенствования организационных подходов к их медицинскому обеспечению.

Материалы и методы исследования. Все опрошенные и ранее осмотренные врачом-стоматологом дети в зависимости от степени тяжести патологии были разделены на 4 группы: А – школьники без ФЗ, либо с сомнительным флюорозом (0 – I степень); Б – школьники с очень слабым ФЗ (II степень); В – ученики со слабым ФЗ (III степень); Г –подростки с умеренными и тяжелыми флюорозными поражениями зубов (IV, V степень). Во всех случаях обязательным компонентом лечения была комплексная (общая и местная) реминерализующая терапия. Общая ремтерапия включала применение внутрь таблетированных препаратов глицерофосфата кальция по схеме, витаминов и витаминно-минеральных комплексов («Кальцемин», «Витрум кальцинум с витами-ном D3»).

Результаты исследования. Частота выявления ФЗ составила 80,1%. Достоверных различий в величинах показателя по половому и возрастному признакам в группах обследования получено не было. У большинства учеников с флюорозом (56,0%) имелись меловидные точки, штрихи, пятна, которые либо были практически не видимы (сомнительный ФЗ - 7,9%), либо занимали от четверти (очень слабый ФЗ 21,7%) до половины (слабый ФЗ - 21,4%) коронки зуба. Частота выявления выраженных форм ФЗ (IV – V степени тяжести) была достаточно высокой и составила 23,1%. Полученные данные согласуются с результатами ранее проведенных исследований В.В. Беляевым и В.Е. Митиной (2001). Распространенность ФЗ оказалась практически одинаковой (соответственно, 80,1% и 85,3%, $p>0,05$). Не изменился и удельный вес выраженных форм патологии среди школьников (соответственно 23,1% и 26,5%, $p>0,05$).

Выводы: интервьюирование старшеклассников с флюорозом зубов IV-V степени тяжести позволяет более точно, чем анкетирование, оценивать уровень и структуру психоэмоциональных проблем, связанных с дентальным дисколоритом. Результаты анкетирования родителей также дают более полные представления о частоте и тяжести психологических отклонений у их детей с выраженными формами флюороза зубов. Высокая распространенность флюороза зубов (80,1%) и низкая частота выявления патологии (2,4%) обусловливают необходимость совершенствования уровня теоретической и практической подготовки врачей-стоматологов детских по вопросам диагностики, профилактики и лечения патологии. Совершенствование медицинского обеспечения школьников с умеренными и тяжелыми формами флюороза зубов требует дифференцированного подхода с учетом как степени тяжести патологии, определяемой врачом-стоматологом, так и глубины психоэмоциональных проблем, выявляемой подростковым психологом.

ИЗУЧИТЬ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СТОМАТОЛОГИИ

Исламова Нилуфар Бустановна
Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель: Повысить эффективность эндодонтического лечения пациентов с хроническими формами пульпитов на основе применения протокола ведения больных. Задачи: 1. Провести сравнительный анализ лечения хронических форм пульпита. 2. Провести клинические исследования эффективности протокола ведения больных по периапекальных тканей. 3. Обосновать и доказать необходимость применения протоколо ведения больных при хр. Форм пульпита.

Материалы и методики: Проведен анализ и лечение пациентов с хроническими формами пульпита 30 человек. У пациентов проводились: сбор анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования. Ход работы: Поэтапно проводилось лечение хронических форм пульпита: проведение местной анестезии (при отсутствии общих противопоказаний), создание доступа к полости зуба, раскрытие полости зуба, создание прямолинейного доступа к корневым каналам, удаление пульпы, определение рабочей длины корневого канала, обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную),пломбирование корневых каналов, рентгенологический контроль качества обтурации корневых каналов применение физических методов, реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

Результаты: После проведенных серий диагностики было выявлено 25,8% случаев не-значительная деструкция корня зуба, электроодонтодиагностика от 50-80м, что доказовало клинику пульпита.

Вывод: Данные исследования и сравнительного анализа, показали, что рентгенография и электроодонтодиагностика позволяют эффективно и точно проводить лечение хронических форм пульпита.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель. На основании литературных и собственных данных оптимизировать условия оказания стоматологической помощи пациентов с сопутствующей соматической патологией.

Материалы и методы. Проанализированы особенности стоматологического лечения 31 пациента, в том числе десяти человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, двенадцати – опорно-двигательного аппарата и девяти – с патологией дыхательной системы.

Результаты. Стоматологическая помощь обычно оказывается в положении «лежа». Однако в таком положении не рекомендуется лечить пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Так, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в результате стресса повышается секреция адреналина, что может спровоцировать гипертонический криз. При наличии у пациента хронической сердечно-сосудистой недостаточности при длительном горизонтальном положении может возникнуть обострение гипертонической болезни. У пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличивается риск развития ортостатического коллапса, при приёме сердечных гликозидов существует риск возникновения аритмии. При лечении таких пациентов мы предотвращали длительное ожидание приёма, уделяли внимание психоэмоциональной коррекции состояния пациента. Убеждались в том, что пациент перед приёмом принял препараты, назначенные лечащим врачом для коррекции соматической патологии. Прием проводили в положении пациента «полулежа» в кресле, медленно поднимали пациента после приёма, сокращали время приема и увеличивали количество посещений. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи десяти пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Неудобное положение головы при наличии у пациента остеохондроза шейного отдела позвоночника может привести к обострению гипертонической болезни. Кроме того, пациенты с остеохондрозом шейного отдела позвоночника могут потерять сознание при запрокидывании головы вследствие пережатия позвоночных артерий. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом в положении лёжа происходит застой в легких, что вызывает усиление одышки и возникновение кашля. В связи с этим пациентам, страдающим заболеваниями дыхательной системы, следует принять препараты, назначенные пульмонологом, а при необходимости провести премедикацию успокаивающими средствами и бронхолитиками. При затруднении носового дыхания, обусловленного отеком слизистой, рекомендуется закапывать в нос капли с адреномиметиком, назначенные врачом-отоларингологом. Таким пациентам перед приёмом предлагали стакан теплой воды, чтобы избежать возникновения сухости в полости рта, а в процессе лечения в профилактических целях орошали водой полость рта. Также затруднение носового дыхания является противопоказанием к применению коффердама в клинической практике врача-стоматолога. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи девяти пациентам с сопутствующей патологией дыхательной системы.

Выводы. Для успешного оказания стоматологической помощи пациенты с сопутствующей соматической патологией перед приемом должны принять препараты, назначенные лечащим врачом. Врачу-стоматологу следует обеспечить пациенту с сопутствующей соматической патологией непродолжительное время ожидания и коррекцию психоэмоционального состояния, сокращать время приема и увеличивать количество посещений.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ АНДИЖАН И АСАКЕ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич
Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Цель работы: Изучение распространенности гингивита у детей, проживающих в городах с различной экологической обстановкой. **Материалы и методы.** Для разработки и внедрения программы профилактики стоматологической заболеваемости и уточнения расчетов нормативов потребности в стоматологической лечебно-профилактической помощи крайне необходимы сведения, характеризующие

уровень и структуру стоматологических заболеваний среди изучаемых групп населения. Исходя из этого, мы провели стоматологическое обследование среди детей и юношей городского населения Узбекистана, разделенных на возрастные группы, рекомендованных ВОЗ. В связи с этим зависимость состояния полости рта населения от воздействия антропотехногенных факторов окружающей среды изучалось в двух городах с разным загрязнения окружающей среды. Определены для исследования 2 города: г. Асака в наших исследованиях считался опытным где атмосферный воздух загрязнен сернистым газом, окисями азота и углерода, аммиаком и пылью, выбрасываемые промышленными предприятиями; г. Андижан с наиболее оптимальной экологической обстановкой.

Результаты и обсуждения. Первые признаки заболевания встречаются уже в молочном прикусе, и с возрастом частота и тяжесть заболевания увеличивается. Гингивиты у детей наблюдаются довольно редко, особенно в возрастной группе до 3 лет – единичные случаи. В возрасте до 6 лет они диагностированы, соответственно, от 20,16 ± 1,37% до 28,50 ± 1,36 % в городах Андижане и Асаке. Существенно изменяются величины показателей у обследованных школьников, составляющих в 6-15 лет 32,17 ± 3,22 до 39,15 ± 2,52%; 15-18 лет 35,14 ± 2,88 до 40,23±3,79 % городах Андижане и Асаке. В городе Асаке у дошкольников гингивит встречается чаще, чем в остальных городах. У дошкольников Асака величина показателей гингивитов выше, чем у дошкольников г. Андижана в среднем на 24,76%, а аналогичные показатели у школьников в среднем выше на 17,41%. В городах отмечена относительно невысокая частота гингивитов у школьников, затем в возрасте 6-15 лет она увеличивается в 1,4 – 1,6 раза. Волнообразная динамика частоты гингивитов позволяет предположить, что в процессе роста детей воспалительные изменения пародонта могут самопроизвольно купироваться. Гингивит у девочек встречается на 5,3 – 8,9% реже, чем у мальчиков, но эти различия статистически недостоверны.

Для оценки гигиены полости рта и определения эффективности использования средств гигиены, а также для выяснения роли гигиены в этиологии заболеваний зубов и пародонта проводили определение доли поверхности зуба, покрытой зубным налетом (индекс Грина-Вермильона) у детей с гингивитом в сравнении со здоровыми лицами. Данные указывают, что при интактном пародонте значение индекса Грина-Вермильона у обследованных детей городов внутри и между возрастными группами в каждом городе достаточно сопоставимы. Вместе с тем, в возрастной группе 6-15 лет показатель был несколько более высоким, но в сравнении со средней величиной эти различия были недостоверны (P>0,05).

Заключение. На основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что распространенность заболеваний пародонта среди детей и подростков очень высока. Самым распространенным заболеванием является катаральный гингивит. Начиная с раннего детского возраста с 3 лет, отмечены воспалительные явления пародонта, низкая гигиена полости рта. Эти показатели более худшие у обследованных города Асаке, экология которого загрязнена выбросами промышленных предприятий.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич
Андижанский государственный медицинский институт
г.Андижан, Узбекистан

Актуальность. 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.

Материали и методы. 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 химикоинструментальной 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.

Вывод. Приведенные методы лечения являются весьма перспективными и могут быть внедрены в отечественную медицину. Единственный «минус» данных систем - высокая себестоимость.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Исмоилов Илхомжон Хурбоевич
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

В профилактике возникновения, рецидивирования и успешного лечения основных стоматологических заболеваний важную роль играет качественно выполняемая индивидуальная гигиена полости рта. Поэтому в государственных и муниципальных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях, а также частных клинках и кабинетах врачи-стоматологи стали больше внимания уделять санитарно-просветительной работе, наряду с выполнением мероприятий профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), что важно для закрепления результатов стоматологической реабилитации пациентов любого возраста. В литературе появилось понятие о безупречной гигиене полости рта. Поэтому для организации и выполнения ПГПР, а также санитарно-просветительной работы
необходимо иметь представление о мотивации, знаниях и умении ухаживать за полостью рта у лиц, находящихся у врачей-стоматологов под динамическим наблюдением. Эти вопросы у аттестованных сотрудников органов внутренних дел до настоящего времени не изучались.

Цель работы – изучить мотивацию, дать оценку знаниям и навыкам по уходу за полостью рта у аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Андижану и Андижанской области

Материал и методы исследования. Мотивация, знания и навыки по индивидуальному уходу за полостью рта были изучены у 330 аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Андижану и Андижанской области в возрасте от 19 до 57 лет, которые с учётом возраста были разделены на 2 группы исследования: 1) 190 чел. молодого (19–39 лет) и 2) 140 чел. среднего (40–57 лет) возраста.

Результаты исследования. Установлено, что индивидуальную гигиену полости рта осуществляют регулярно 57,92 %, при этом не менее 2 раз в сутки уход за зубами и полостью рта осуществляют 76,67 % из обследованных. Необходимые и достаточные знания по методике и средствам для индивидуального ухода за полостью рта имеют 44,16 %, а надлежащие мануальные навыки по уходу за полостью рта из них лишь 10,62 %, что свидетельствует о Международная научно-практическая конференция, посвященная 50-летию основания стоматологического факультета МГМИ РФ. Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма необходимости проведения с ними занятий по правилам ухода за полостью рта в рамках проводимой диспансеризации и санации полости рта.

Заключение. Для повышения эффективности и качества санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел на базе стоматологических отделений ведомственных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений необходимо создание кабинетов стоматологической профилактики со своим штатом, включающим ставки гигиениста стоматологического со средним медицинским образованием, количество которых должно определяться числом прикреплённого контингента. При проведении плановой санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел врачи-стоматологи (при отсутствии кабинета стоматологической профилактики) должны давать рекомендации и разъяснения по правилам и технике чистки зубов, методике ухода за полостью рта, в том числе тканями пародонта, а также по выбору средств для индивидуальной гигиены полости рта.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТИОТРИАЗОЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Йулдошев А.А.С., Юнусова З.В.
Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Цирроз печени считается системным заболеванием, который диктует о необходимости назначения комплексного и дифференцированного способа лечения, восстанавливающее нарушенные функции тех или иных органов. Среди внепечёночных проявлений цирроза печени наиболее чаще наблюдается кардиальный синдром.

Препарат тиотриазолин является кардио и гепатопротекторным средством. Назначается при ИБС, стенокардии напряжения и покоя, нарушении сердечного ритма и при хронических диффузных заболеваниях печени. Выпускается в ампулах 2,0 мл 2,5% раствора. Назначается по 2,0 мл 3 раза сутки в течение 10 дней и по 1 таблетке (100 мг) 3 раза день в течение 20-25 дней.

Цель работы: Изучить терапевтическую эффективность тиотриазолина при циррозе печени с кардиальным синдромом.

Материалы и методы исследования: Препарат был апробирован на 50 больных циррозом печени с кардиальным синдромом, из которых 30 составляли мужчины, 20 женщины в возрасте от 26 до 50 лет с типичной картиной обострения заболевания и длительностью болезни 5 – 15 лет.

Для оценки эффективности препарата использовались клинические показатели: динамика болевого, диспепсического, астено- вегетативного синдромов, лабораторных показателей. Контрольная группа в составе 20 человек получала базовое лечение в составе которого вошли гепатопротекторы, спазмолитики и желчегонные препараты.

Результаты исследования: После сравнения результатов было установлено, что у группы получавших тиотриазолин сроки исчезновения клинических синдромов, нормализация лабораторных показателей крови были раньше, чем у контрольной группы. Побочных эффектов при применении препарата рекомендованной инструкцией дозы не наблюдалось.

Таким образом, проведённое клиническое испытание препарата тиотриазолин показало его высокую эффективность в терапии цирроза печени с кардиальным синдромом, проявившись быстрым исчезновением симптомов болезни, нормализации показателей крови.

Выводы: Хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов в рекомендованной инструкцией дозе делает тиотриазолин одним из базовых препаратов в лечении цирроза печени с поражением сердца. Эффективность, безопасность, простота в применении выдвигают данный препарат в настоящее время в один из первых рядов в лечении хронических заболеваний печени при их сочетании с патологией сердца.

ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Йулдошев А.А., Юсуфжонов Ж.М., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования – изучить частоту выявления венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у больных, оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) и разработать методы их профилактики.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 84 пациентов с варикозной болезню нижних конечностей, оперированных в разных клиниках Наманганской области с 2017-2020 гг. Среди них было 55 женщин (65,5%) и 29 мужчин (34,5%) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст 36). При изучении анамнеза заболевания обращали внимание на факторы риска развития венозных тромбоэмболических осложнений. Всем без исключения пациентам выполняли ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей до операции, на 5-е и 30-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. У 19 (22,6%) больных в ближайшем послеоперационном периоде выявили тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Во всех случаях тромбоз носил дистальный характер, в 5-х наблюдениях (5,9%) тромб распространялся на подколенную вену, у 3 (3,6%) пациентов имел флотирующую верхушку длиной до 2 см. Эпизодов тромбоэмболии лёгочных артерий мы не зафиксировали. Интересен тот факт, что 30,2% пациентов с ВТЭО была назначена антикоагулянтная профилактика, что не предотвратило развитие тромбоза. При анализе профилактических мер у данной группы больных были выявлены нарушения режима, рекомендованных дозировок и сроков профилактики.

Выводы. Таким образом, ВТЭО являются реальной угрозой у пациентов, перенесших флебэктомию. Для больных с ВБНК до сих пор не разработаны адекватные способы профилактики ВТЭО, о чём свидетельствует выявленная нами частота послеоперационных тромбозов. Данная работа позволила нам подтвердить актуальность проблемы. Мы планируем продолжить исследование с тем, чтобы определить группы риска среди больных с ВБНК и разработать оптимальные методы профилактики послеоперационных ВТЭО.

ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Йулдошев Ж.Т., 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 диабетической ретинопатии. Узнаем, как она проходит, насколько она эффективна и есть ли к ней противопоказания.

При патологиях сетчатки — отслоении, дегенерации или дистрофии — назначается лазерная коагуляция. Все эти методы лазерного лечения безопасные и малотравматичные.

Они крайне редко сопровождаются осложнениями. Проводятся такие операции амбулаторно и под местной анестезией. Противопоказаний к ним практически нет, а эффективность их очень высокая.

Лазерная коагуляция при диабетической ретинопатии — один из лучших методов лечения данной офтальмопатологии. Применяется она при различных ее стадиях. Прежде чем описать ход различных методик лазерной фотокоагуляции, рассмотрим особенности этого заболевания.

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 70 пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией и лазерной коагуляцией сетчатки, которые лечились в офтальмологическом отделении клиники АГМИ.

Результаты исследования. Комплексная фармакологическая составляющая системы щадящей ВРХ, включающая ингибитор ангиогенеза, триамцинолона ацетонид и препараты с антиоксидантными свойствами, обеспечивает: профилактику геморрагических осложнений в интра- и в раннем послеоперационном периодах, менее выраженную послеоперационную воспалительную реакцию, протекторное влияние на интраокулярные структуры от повреждающего действия самой ВРХ и основного заболевания.

Эффективность системы щадящей ВРХ с комплексным фармакологическим сопровождением подтверждается полученными отдаленными результатами: регресс пролиферации и стабилизации гематоретинального барьера в 97,4% наблюдений, сохранение – в 18,4% и улучшение зрительных функции в 71,1% случаев.

Безопасность применения системы щадящей ВРХ на фоне комплексного фармакологического сопровождения у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией подтверждается уменьшением осложнений, свойственных традиционной ВРХ (интраоперационных геморрагий на 57,3%, разрывов сетчатки на 17,7%, рецидивов гемофтальмов на 11,1% и отслоек сетчатки на 5,4%), что сопровождалось сокращением числа повторных вмешательств, направленных на их устранение. Так же это подтверждается уменьшением смертности за 5-летний период наблюдения среди пациентов после щадящей методики ВРХ (12,8%) в сравнении с традиционной методикой (18,8%).

Вывод. Лазерное лечение диабетической ретинопатии малотравматичное. Оно не вызывает осложнений. Если они и возникают, то причина их — в несоблюдении правил реабилитации. При этом период восстановления достаточно короткий — 1-2 недели. Уже через несколько часов после процедуры пациент не ощущает никакого дискомфорта и побочных эффектов. Но есть у лазеркоагуляции сетчатки и недостатки в виде противопоказаний. Она не назначается при помутнении оптических сред и риске повышения внутриглазного давления.

В таких случаях применяются альтернативные методы лечения: транссклеральная криоретинопексия или витрэктомия. Лечение диабетической ретинопатии будет неэффективным, если пациент не придерживается диеты. Основная патология — это сахарный диабет. Офтальмологические поражения являются вторичными. Если не следить за питанием, уровнем сахара в крови, злоупотреблять алкоголем, то болезнь будет продолжать прогрессировать даже после успешно проведенной лазерной коагуляции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Камолидинов С.А., Шоназаров И.Ш., Ахмедов Ш.Х., Келеш Э.И.
Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования
Самаркандский государственный медицинский институт

Спаечная кишечная непроходимость является одной из главных причин срочных госпитализаций в 15-30% наблюдениях, а в 40% - экстренных хирургических вмешательств. Уделяет внимание, из числа заболевших за время первого года всего лишь 16 - 22% пациентов полностью сохраняют работоспособность. Частота рецидивов заболевания по-прежнему очень высока, достигая 35%, а послеоперационная летальность колеблется, по различным источникам, от 2 до 35% в зависимости от формы состояния пациентов, типа и длительности болезни.

Цель исследования: Определить эффективность лапароскопической диагностики и лечения пациентов со спаечной кишечной непроходимостью.

Материалы и методы исследования: Были изучены результаты лечения 106 пациентов, которые лечились в хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и РНЦЭМП Самаркандского филиала с диагнозом спаечная кишечная непроходимость за 2017-2020 гг.

Для оценки эффективности применения лапароскопического доступа при спаечной кишечной непроходимости, пациенты были разделены на две группы (основная и контрольная группа). 30 больных (28%) составили основную группу, которым проведен лапароскопический адгезиолизис. 76 больных (72%) составили контрольную группу, которым проведен адгезиолизис и разрешение спаечной кишечной непроходимости с лапаротомным доступом.

При общем осмотре применялись общепринятые физикальные методы обследования. Диагностику спаечной кишечной непроходимости проводили с помощью клинико-лабораторных обследований, ультразвукового исследования, рентгенологического исследования брюшной полости, МСКТ живота, сцинтиграфии кишечника.

Результаты исследования и их обсуждения: Из 106 пациентов, поступивших в хирургическое отделение Самаркандского городского медицинского объединения и РНЦМП Самаркандского филиала в 2012-2017 гг., в приемном отделении у 7 пациента (6,6%) установлены показания к экстренной операции:

1. Предположение на острую странгуляционную кишечную непроходимость – у 4 больных;

2. Признаки перитонита – у 1 больного;

3. «Запущенная» острая кишечная непроходимость со значительным расширением петель тонкой кишки в диаметре до 5-6 см – у 2 больных.

Одному больному с признаками странгуляционной непроходимости была выполнена диагностическая лапароскопия. При этом был проведён лапароскопический адгезиолизис с рассечением штранга. Нарушения кишечной стенки не было, конверсии также не было.

6 больным была выполнена лапаротомия по экстренным показаниям.

При отсутствии показаний к экстренной операции было проведено консервативное лечение 99 больных (93,4%), включающее инфузию, сифонные клизмы, спазмолитическую терапию, курсы гипербарического оксигенации, назогастральный дренаж. Показания к операции у 31 (31,3%) пациентов с неэффективностью консервативного лечения. Из 7 (22,6%) больным провели лапароскопию по экстренным-отсроченным показаниям. В 4 наблюдениях (13%) необходимо было провести конверсию.

Успешная консервативная терапия была обнаружена у 68 пациентов (68,7%).

Трем (7,7% от всех оперированных больных) больным был выполнен лапароскопический адгезиолизис после устранения спаечной кишечной непроходимости, учитывая ее рецидивирующий характер и предыдущих «малых лапаротомий» и лапароскопических вмешательств в анамнезе.

Проанализировав данные ретроспективных и проспективных исследований выяснили, что лапароскопический доступ наиболее эффективен и безопасен у пациентов, находящихся на начальной стадии болезни, после небольших лапаротомий в анамнезе.

При традиционном лапаротомном доступе длительность послеоперационного пребывания больных в условиях стационара составил 8-19 дней (в среднем 13 ± 4,5 сут), а при лапароскопическом доступе – 5-9 дней (медиана 6,4 сут). Руководясь полученными результатами и данными предоперационного обследования, можно сделать вывод, что лапароскопическое вмешательство помимо малой травматичности операции, также требует строгого отбора больных для снижения риска как интраоперационных, так и для ранних послеоперационных осложнений.

Выводы: Применение на практике лапароскопическое разрешение позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений до 5,4%, против 15,8% после лапаротомии, а продолжительность госпитализации до 5±1,4 дней, против 13±4,5 соответственно.

В нынешнюю лечебно-диагностическую схему необходимо включить диагностическую и лечебную лапароскопию, применение которой возможно при экстренных оперативных операциях в 6,6% наблюдениях, после неэффективной консервативной терапии в 22,6%, планово-отсроченных в 100% наблюдениях при рецидивирующем характере спаечной кишечной непроходимости после положительного эффекта от проведённого лечения.

МРТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Каримов М.У., 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 плегией 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 прогнос-тически 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 декомпрессинная 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

Каримов М.У., 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±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.

ТРУДНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р., Хайитов А.А., Саидносиров О.К.
Ташкентская медицинская академия

Лечение пациентов с переломами длинных костей нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста остается одной из наиболее важных и сложных задач травматологии и гериатрии. Частота этого вида повреждений растет вместе с увеличением средней продолжительности жизни и доли пожилых людей в структуре нашего общества. Летальность среди таких пациентов существенно выше (в 12-16 раз), чем в целом для популяции такого же возраста. В структуре причин смерти на первом месте стоят гипостатические пневмонии (50-55%), затем - сердечная недостаточность, тромбоэмболии, септицемия вследствие пролежней. Несмотря на прогресс в технологии лечения переломов длинных костей нижних конечностей, сохраняется большой процент отказов от оперативного лечения в пользу метода ранней мобилизации из-за тяжести общего состояния больных. Вместе с тем, именно в пожилом и старческом возрасте такие переломы относятся к тем повреждениям, которые требуют расширенных показаний к операции из-за безысходности положения пациента.

Однако, при этом методе невозможна полноценная активизация при сохраняющейся подвижности отломков и выраженном болевом синдроме. Низкая активность больных приводит к развитию гипостатических осложнений и еще большей декомпенсации сопутствующей патологии. Уровень смертности при использовании в качестве самостоятельного метода ранней мобилизации достигает 40-70% за первый год наблюдения. Все пациенты до конца жизни остаются социально дезадаптированными.

Цель: улучшение качества лечения, снижение смертности и осложнений при переломах длинных костей нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 96 пациентов с переломами нижних конечностей. Минимальный возраст наблюдавшихся больных составил 60 лет, максимальный – 92 года, средний возраст пациентов составил 65,8 года. Для обследования больных, определения эффективности проводимого лечения, оценки процессов консолидации костных отломков нами применялись общепринятые физикальные, инструментальные и лабораторные методы исследования в соответствии с современными рекомендациями. Объективные клинико-лабораторные методы включали: анамнез, осмотр, пальпация, оценка объема движений, измерение относительной длинны конечности. Общие анализы крови, мочи, RW, AST, ALT, билирубин, общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, группа крови, резус-фактор. Инструментальные методы исследования включали: рентгенографию в двух проекциях, КТ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ.

В 3 случаев выполнен тотального эндопротезирование тазобедренного сустава, 23 пациентам выполнен БИОС при диафизарных переломах. 34 больных с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации отказались от оперативного лечения и потому лечились консервативно. У 36 декомпенсированных пациентов степень операционного риска определена как максимальная.

Результаты и обсуждение. Оценка результатов лечения производилась согласно модифицированной нами схеме Шварцберга, которая включает в себя 10 клинико-функциональных и рентгенологических параметров восстановления поврежденной конечности.

Больные с переломами длинных костей у лиц пожилого и старческого возраста относится к соматически тяжелой категории больных и требуется мультидисциплинарное обследование для планирования оперативного вмешательства.

Оперативные методы позволили получить положительный результат у оперированных больных и существенно снизить летальность по сравнению с консервативными методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ АППАРАТОМ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ

Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Эргашов А.З., Исмоилов Н.У., Саидносиров О.К., Муслимов Ш.С., Мирзаахмедов Ф.М., Алиев Х.Э., Каюмов Ж.Ш.
Кафедра «Травматология-ортопедия и ВПХ»
Ташкентской медицинской академии

При переломах проксимальной части бедренной кости у пациентов появляется тяжелые осложнения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, а летальность достигает до 55%, в особенности у пожилых людей (Насыров М.З., 2007; Коршняк В.Ю., 2008; Markov A.A., 2010; Skriabin V.L., 2008).

С целью ранней активизации пострадавших и профилактики вторичных осложнений применяются различные методы остеосинтеза, что чревато появлением большого количества ошибок и осложнений, которые в той или иной степени влияют на результаты лечения. По данным ряда авторов (E.Sendtner, 2010), неудовлетворительный результат отмечается до 31% случаев.

При консервативном лечении у 65% больных образуются пролежневые раны, гипостатическая пневмония наблюдается у 23% больных, ложный сустав формируется в 71,1% случаев (Лазарева А.Ф., 2007; Кузьмина И.И., 2008).

В течении первых шести месяцев смертность пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости может достигать 33%, причем смертность прогрессивно увеличивается с возрастом (Basov A.V., 2012).

По данным ряда авторов, раннее оперативное вмешательство и активизация пожилых больных с переломами шейки бедра, значительно сокращают возможные вышеперечисленные осложнения (Марков А.А., 2009; M.Majernícek, 2009).

Остеосинтез стержневыми аппаратами позволяет произвести закрытую репозицию перелома без специальных инструментов и без нарушения кровообращения поврежденного сегмента и таким образом, создать условия для раннего активного ведения лиц пожилого и старческого возраста. Талышинский Р.Р. и Гаджиев Ш.Ш. (2011) рекомендуют применение стержневых аппаратов при остеосинтезе проксимального конца переломов бедренной кости у лиц пожилого возраста, преимуществами является простота методики, малое время операции без кровопотери, стабильная фиксация на весь период лечения вплоть до сращения перелома и рекомендуют данный метод как наиболее эффективный и малоинвазивный метод функционального лечения.

Цель работы: изучение эффективности лечении переломов шейки бедренной кости, с помощью разработанного нами стержневого аппарата.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в отделении экстренной травматологии Многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии с июля 2016 года по май 2018 года находились 15 пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости. Из них 4 женщин и 11 мужчин. Возраст пациентов варьировал от 22 до 92 лет, средний возраст составил 56,1±1,2 лет.

У 9 пациентов были множественные повреждения (у 6 пациентов переломы бедра сочетались с переломами лучевой кости в типичном месте, у 2-х пациентов имелся сочетанный перелом плечевой кости и в 1 случае – перелом седалищной кости). У большинства пациентов имелись сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания, артрозы, избыточная масса тела и пр.).

Результаты и обсуждение. Нами разработан стержневой аппарат наружной фиксации (патент FAP 01180). Преимуществами оперативной методики с использованием предложенного нами стержневого аппарата являются минимизация операционной травмы, создание оптимальных условия для репаративной регенерации, необходимость специальных инструментов и возможность ранней активизации больных.

Остеосинтез переломов шейки бедренной кости проводился под проводниковой спинномозговой анестезией с использованием электронноoптического преобразователя. На 2-3 сутки после операции пациенты начинали активные движения в смежных суставах и ходили с дозированной нагрузкой при помощи костылей. У пациентов клинически оценивались боли при нагрузке поврежденной конечности, амплитуда движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, также оценивалось состояние мягких тканей вокруг костных стержней. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7,6 суток. Пациенты ходили с полной нагрузкой на оперированную конечность через 2 месяца после операции. Регулярно проводилась контрольно-динамическая рентгенография через 1, 2, 4 и 5 месяцев.

Демонтаж аппарата проводился после контрольного клинико-рентгенологического исследования: при отсутствии боли и отеков на поврежденной конечности, легкой и уверенной ходьбы и наличии рентгенологических признаков консолидации перелома. Средней срок фиксации составил 4±1 месяца. Сращение переломов наблюдался у 14 больных, из них: хорошие результаты - у 13 (87,6%) больных, удовлетворительные — в 1 (6,7 %) случаях, неудовлетворительные — в 1 (6,7 %) случае.

Таким образом остеосинтез стержневой аппаратом у пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости облегчает ухода за больным, профилактики вторичных осложнений, ранней разработки движений в смежных суставах и может являться методом выбора среди известных современных фиксаторов.

РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования: оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась разработанной нами методики.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лезерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента

продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК-излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 ГЦ обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с 216,5±11,0 до 63,8±6,4 мкмоль/л (без ЛО - с 217,3±6,6 до 90,3±5,4 мкмоль/л; $p<0,05$) и в дальнейшем до 38,5±1,3 мкмоль/л (против 49,0±4,0 мкмоль/л; $p<0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения ($p<0,05$ по отношению к ПС без ЛО). На основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение. Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Хошимов С.З
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить эффективность углеродного нанопористого гемосорбента в эксперименте на модели механической желтухи.

Материалы и методы. Фундаментом данного исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования. В эксперименте формирование механической желтухи выполнено у 12 животных, максимальная клиническая картина патологического процесса проявилась на 5 сутки после операции. С этого времени экспериментальные животные были разделены на 3 группы по 4 животных: Контрольная группа №1 – животные, которым после восстановления пассажа желчи (на 5 сутки) лечебные процедуры в виде экстракорпоральной детоксикации не проводились. Контрольная группа №2 – животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи плазмосорбция (2 сеанса) проводилась с применением угольного сорбента на основе анионообменной смолы - АН-221 (производитель ООО «Химимпэкс», Украина). Опытная группа - животные, которым на 5 сутки после формирования патологического процесса и восстановления пассажа желчи выполнялось 2 сеанса экстракорпоральной детоксикации с отечественным гемосорбентом. Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20

минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы. Достигнуто достоверное снижение уровня практически всех патологических уровней метаболитов: билирубина, мочевины, креатинина, аммиака. Тогда как уровень белка в опытной группе оставался без достоверных изменений. Каждый сеанс плазмосорбции сопровождался использованием новой сорбционной колонки. Для УНПГС плазмосорбция была наиболее эффективна в течение 10 минут (в соотношении 50 г/100 мл плазмы).

Заключение. Таким образом, результаты изучения свойств УНПГС на модели механической желтухи показали безвредность и биологическую эффективность наномезопористого углеродного гемосорбента. Полученные результаты с обоснованной безопасностью и эффективностью проведения плазмосорбции через новый отечественный гемосорбент позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. На современном этапе развития гепатологии перспективными остаются исследования, направленные на совершенствование технологий экстракорпоральной детоксикации, в частности, разработку новых гемосорбентов высокого качества.

Цель исследования. Оценить эффективность плазмосорбции с нанопористым углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС). Экспериментальные исследования выполнены на 4 беспородных собаках по применению нового угольного сорбента, которые проводились на базе «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике.

Результаты исследования.Для оценки эффективности предложенного способа плазмосорбции с дополнением лазерного облучения были выполнены экспериментальные исследования на 4 беспородных собаках. Модель формирования механической желтухи проводилась разработанной нами методики.

Основной задачей эксперимента была оценка сорбционной эффективности отечественного гемосорбента с лезерным облучением. Контрольной точкой для определения эффективности применения плазмосорбции с новым отечественным гемосорбентом были 5 сутки после начала формирования экспериментальной модели механической желтухи. Животным, которым проводилась плазмосорбция с различными сорбентами, выполнялось 2 сеанса детоксикации по 1 сеансу в день с повторными заборами плазмы за один сеанс до 3-х раз. Методика заключалась в следующем. Канюлировалась бедренная вена. Производился забор 200 мл крови из вены, с последующим замещением 150 мл физиологического раствора. Кровь забиралась в стерильный контейнер с цитратом натрия. Полученная кровь центрифугировалась со скоростью 3000 об/мин в течение 15 минут. Плазма крови забиралась для процедуры, эритроцитарная масса возвращалась в русло. Плазма крови подключалась к аппарату УНИРОЛ и пропускалась через гемосорбент УНПГС. В количестве 100 г в контейнере. В режиме рециркуляции под давлением 100 см.вод.ст. проводилась сорбция при комнатной температуре в течение 20 минут. В последующем плазма возвращалась в русло. Процедура плазмосорбции проводилась с повторными заборами плазмы до 3-х раз с целью максимального снижения концентрации метаболитов в крови животного. Осложнений не было. Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов плазмосорбции с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы.

Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950 нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс плазмосорбции с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК-

излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 ГЦ обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890 нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт.

Включение лазерного облучения в процесс проведения плазмосорбции через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано снижением общего билирубина после 2 сеансов с 216,5±11,0 до 63,8±6,4 мкмоль/л (без ЛО - с 217,3±6,6 до 90,3±5,4 мкмоль/л; $p<0,05$) и в дальнейшем до 38,5±1,3 мкмоль/л (против 49,0±4,0 мкмоль/л; $p<0,05$), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения ($p<0,05$ по отношению к ПС без ЛО). На основании полученных результатов с обоснованием высокой эффективности методики проведения плазмосорбции с лазерным облучением.

Заключение. Таким образом, для усиления сорбционного эффекта при проведении экстракорпоральной детоксикации с целью коррекции печеночной недостаточности на фоне механической желтухи предлагается способ проведения плазмосорбции, основанный на применении нового отечественного углеродного нанопористого гемосорбента в совокупности с лазерным облучением плазмы крови.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Киличев М.Р.
Кафедра факультетной и госпитальной хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острая кишечная непроходимость - это опасное для жизни патологическое состояние, которое характеризуется нарушением прохождения содержимого желудочно-кишечного тракта по направлению от желудка к заднему проходу и обычно бывает осложнением самых различных заболеваний.

Цель исследования. Изучить методы лапароскопических операций больных острой кишечной непроходимостью.

Материалы и методы исследования. За период с 2019 по 2021 годы нами прооперировано 38 пациентов с ОКН, из них 14 пациента (36,1%) прооперированны с помощью лапароскопически ассистированного метода.

Результаты исследования. Интраоперационных осложнений при использовании данной методики мы не имели. Послеоперационный период у этих больных протекал гладко, отмечены ранняя активизация (на первые сутки) и разрешение послеоперационного пареза кишечника. Отмечено снижение затрат на проведение послеоперационного лечения, в том числе снижение сроков пребывания в палате реанимации и сроков интенсивной терапии.

Осложнения в ране после применения лапароскопически ассистированного метода в оперативном лечении больных ОСКН встретились у 3 пациентов (6,8%), общее количество осложнений в ране после операций по поводу ОСКН составляет 16,7%. Послеоперационные осложнения в брюшной полости у прооперированных лапароскопически ассистированным методом встретились у 5 пациентов (11,3%). Из всей группы больных, прооперированных по поводу ОСКН, послеоперационные осложнения в брюшной полости имелись у 13,8% пациентов. Средний койко-день у больных, прооперированных лапароскопически ассистированным методом составил 6,8 что почти в два раза меньше, чем у прооперированных лапаротомным методом (13,2 койко-дня).

Оперативное лечение при ОСКН начинаем с диагностической лапароскопии, на которой определяем локализацию непроходимости и решаем вопрос о возможности лапароскопического разделения спаек. Когда это невозможно, переходим на операцию из минилапаротомного доступа, который производим строго над местом непроходимости. Из этого доступа рассекаем спайки в условиях лапаролифтинга и освещения без выведения петель кишечника из брюшной полости.

Выводы. В случаях, когда технически не удается выполнить лапароскопически ассистированную операцию или при сомнении в полной ликвидации непроходимости, мы выполняем лапаротомию.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Киличев М.Р.
Кафедра факультетной и госпитальной хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность.Тонкокишечную непроходимость подразделяют на внутрипросветную (например, инородные тела, желчные камни), внутристеночную (например, опухоли, воспалительные стриктуры или гематомы) и наружную (например, спайки, грыжи или карциноматоз). С наступлением непроходимости газ и жидкость накапливаются в просвете кишки проксимальнее места ее сужения. Большая часть газа представляет собой проглоченный воздух, хотя некоторое его количество образуется в самой кишке. Жидкость в основном состоит из продуктов секреции пищеварительной системы. При растяжении кишки возрастает давление в ее просвете и стенке. При этом секреция жидкости эпителием увеличивается, превышая ее всасывание. При достаточно выраженном повышении интрамурального давления нарушается микроперфузия кишечной стенки, что приводит к ишемии кишки и последующему ее некрозу.

Цель исследования: оценить возможности и эффективность применения неотложных ЛВ в диагностике и лечении ТКН.

Материалы и методы. С 2019 г. до 2021 г. включительно неотложные ЛВ выполнены у 70 пациентов с тонкокишечной непроходимостью, в возрасте от 15 до 87 лет (средний возраст 44,1±4,2 года), что составило 37,8% от всех больных, которых оперировали в клинике за этот период по поводу данной нозологии.

Результаты. Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений. Диагноз ТКН не был установлен у 2(1,2%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости противопоказания к лапароскопическому разрешению ТКН были выявлены у 30(43,2%) больных. Это некроз кишки (5), сомнения в жизнеспособности кишки (6), массивный спаечный конгломерат (5), распространённый спаечный процесс (1), резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки (6), сочетание ТКН с узлообразованием (2) и плотный рубцовый процесс (5). Лапароскопическое разрешение ТКН было предпринято у 40 (55,6%) больных и успешно выполнено у 13 пациентов. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острым и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, а в последнее время - ультразвуковых ножниц. Интраоперационные осложнения отмечены у 3(5,3%) больных: повреждение кишки (1) и диатермокоагуляционный некроз кишки (1). Послеоперационные осложнения выявлены у 6(9,6%) больных: рецидив ТКН (2), неразрешенная непроходимость (2), парез (2), перфорация кишки в зоне странгуляции (8). Все больные с осложнениями были оперированы традиционным способом, с последующим выздоровлением. Летальный исход от острого инфаркта миокарда отмечен в одном случае.

Выводы. Лапароскопические вмешательства являются эффективным методом инвазивной диагностики, позволяя успешно установить диагноз ТКН у 98,8% пациентов и определить характер, вид, уровень непроходимости, а также оценить состояние тонкой кишки.

Успех ЛВ при ОСТКН в первую очередь определяется правильным выбором показаний и противопоказаний на до - и интраоперационном этапах и неукоснительным соблюдением техники оперативного вмешательства с соблюдением "законов" традиционной и лапароскопической хирургии.

РАЗНОВИДНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮШЕГО АГЕНТА

К.м.н. Кодиров М.Ф., д.м.н. Шукуров Э.М., Камолов Б.Х.
(ГУ РСНПМЦ травматологиии и ортопедии, г.Ташкент)

Переломы костей предплечья составляют до 25% от всех переломов опорно-двигательного аппарата, а диафизарные переломы костей предплечья занимают второе место среди переломов длинных трубчатых костей, составляя от 15 до 30 % всех переломов диафизов костей конечностей.

В зависимости от направления действия, силы травмирующего агента, а также от исходного положения руки во время травмы происходят различные переломы костей предплечья в различных уровнях.

Из-за важной роли предплечья в функции верхней конечности его называют «функциональным суставом». В связи с этим, необходимым условием при лечении переломов костей предплечья является знание механизма развития перелома, устранение всех видов смещения костных отломков, сохранение длины поврежденной кости, топографии межкостного пространства, взаимоотношений в дистальном и проксимальным лучелоктевых суставах

Переломы головки и шейки лучевой кости возникают при падении на разогнутую вытянутую руку с упором головки луча в головчатое возвышение плеча.

Переломы локтевого отростка обычно возникают вследствие действия двух механизмов. Падение или прямой удар по локтю. Мышечный тонус трехглавой мышцы и целостность ее апоневроза определяют, будет перелом со смещением или без смещения. При непрямом механизме травмы, падение на вытянутую руку при согнутом локте и сокращенной трехглавой мышце, возникают поперечные или косые переломы.

Переломы костей диафиза предплечья возникают при воздействии прямой травмирующей силы. При этом обычно возникает поперечный перелом обеих костей на одном уровне. При воздействии непрямой травмы (падение на разогнутую руку) возникают переломы обеих костей с косой плоскостью излома, уровни переломов, как правило, находятся в разных отделах диафиза. При таком механизме травмы чаще бывают изолированные переломы одной из костей предплечья, но возможно в сочетание с подвывихом одной из суставных поверхностей в выше- или нижерасположенном суставе. Смещение фрагментов при переломе костей диафиза предплечья зависит от направления травмирующей силы, состояния мышечной системы в момент травмы, самого травмирующего агента и мышц, прикрепляющихся к отломкам.

Повреждение Монтеджи - перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой кости, в зависимости от механизма травмы и вида смещения различают сгибательный и разгибательный типы. Разгибательный тип возникает значительно чаще, чем сгибательный. Он характеризуется вывихом головки луча кпереди, с нередким разрывом кольцевидной связки лучевой кости и смещение перелома локтевой кости под углом открытым кзади.

Повреждение Галеацци - довольно редкое повреждение, относится к переломовывихам предплечья и характеризуется переломом лучевой кости в средней трети или нижней трети с вывихом головки локтевой кости к тылу или в ладонную сторону в зависимости от механизма травмы.

Перелом дистального эпиметафиза лучевой кости встречается значительно чаще, чем все остальные локализации переломов костей предплечья. Зона перелома локализуется в месте перехода нижней трети диафиза луча с более прочным кортикальным слоем в эпиметафиз, в основном состоящий из губчатой кости с тонким кортикальным слоем. Возникают они во всех возрастных группах, но наиболее часто - у женщин пожилого возраста.

В зависимости от механизма травмы и вида смещения отломков различают 2 типа переломов дистального эпиметафиза лучевой кости:

Тип I (экстензионный, разгибательный, Коллеса). Возникает при падении на разогнутую в лучезапястном суставе кисть. При этом дистальный отломок смещается в тыльную сторону. Линия перелома имеет косое направление. Нередко такой перелом сопровождается отрывом шиловидного отростка локтевой кости .

Тип II (флексионный, сгибательный, Смита). Встречается значительно реже, чем переломы I типа. Возникает при падении на согнутую в лучезапястном суставе кисть. Дистальный отломок при этом смещается в ладонную сторону. Направление линии перелома обратное перелому Колеса. Не всегда на рентгенограмме удается выявить направление плоскости излома или выяснить у больного механизм травмы. В этих случаях ведущим при установлении типа перелома луча является направление смещения периферического отломка.

Знание механизма травмы, а также топическая диагностика повреждений предопределяет выбора метода хирургического лечения костей предплечья.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ

К.м.н. М.Ф.Кодиров, д.м.н. А.П.Алимов, З.Э.Сапаев.
(ГУ РНПМЦ травматологии и ортопедии, г.Ташкент)

При переломе костей предплечья в зависимости от расположения повреждения характерны жалобы на боли в локтевом или лучезапястном суставе, в области диафиза, а также резкое ограничение активных движений поврежденной конечности. Отмечается отек, патологическая подвижность, костная крепитация, наличие ран при открытых переломах. При повреждениях локтевого или лучевого нервов характерны выпадение чувствительности или наличие двигательных нарушений кисти.

При переломе головки и шейки лучевой кости рука полусогнута в локтевом суставе, предплечье пронировано. В области головки определяется припухлость, гемартроз. При пальпации – усиление боли. Активное сгибание и разгибание возможно, но резко болезненны. Ограничены пассивные супинация и пронация.

При переломах локтевого отростка отмечается болезненная припухлость и кровоизлияние над областью локтевого отростка. Вследствие неадекватности разгибательного механизма трехглавой мышцы разгибание предплечья невозможно или затруднено. Обязательным симптомом внутрисуставного

повреждения является гемартроз. При отрывных переломах с образованием диастаза при пальпации можно определить щель между отломками и усиление боли.

Клиническим симптомам перелома диафиза костей предплечья относятся боль, припухлость или отек, признаки воздействия внешнего насилия на поврежденный сегмент, нарушение функции, как самого предплечья, так и всей руки; анатомическое укорочение предплечья, деформация его под углом, крепитация отломков и патологическая подвижность в месте перелома.

При переломо-вывихе Монтеджи, больного беспокоят боли, усиливающиеся при движениях, особенно супинационно-пронационных. При разгибательном типе повреждения резко ограничено пассивное сгибание. При пальпации определяется болевая точка в месте перелома локтевой кости. При сгибательном типе, возможна пальпация головки луча по задне-наружной поверхности локтевого сустава.

При переломо-вывихе Галеацци кроме признаков, характеризующих любой диафизарный перелом, присоединяются симптомы, характеризующие вывих (подвывих) головки локтевой кости: появляется контрактура лучезапястного сустава. При пальпации выявляется смещение головки локтевой кости. При надавливании на нее она легко вправляется и так же легко возвращается на прежнее место.

При переломе дистального эпиметафиза лучевой кости больные жалуются на боли в месте повреждения, ограничение двигательной активности кисти и пальцев из-за боли. При осмотре выявляется характерная штыкообраэная или "вилкообразная" деформация с отклонением кисти в лучевую сторону. Деформация выше лучезапястного сустава обусловлена смещением отломков. Пальпация перелома вызывает усиление боли. Крепитация отломков выявляется редко. Ограничение активных движений в лучезапястном суставе выражено из-за наличия болевого синдрома.

Знание этих особенностей предотвращает ошибок при диагностике перелома, а также лишних облучений больного при диагностической рентгенографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗАХ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кодиров Ш.Н., Умматалиев Д.А., Кодиров М.Ш.
Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Диффузно токсической зоб занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний щитовидной железы, как послеоперационного периода частоте, так и послеоперационного периода тяжести патологического процесса.

В настоящее время в клиническую практику широко внедрена субкапсулярная субтотальная резекия щитовидной железы по О.В. Николаеву, усовершенствованная Б.В.Петровским. Это операция позволяла свести к минимуму различные послеоперационные осложнения. Однако, принцип радикальности этой операции таит в себе опасность развития послеоперационного тиреотоксического криза, гипотиреоза.

Материалы и методы. В данной работе сообщаем результаты наших наблюдений, направленных на сокращение послеоперационных осложнений, применяя при этом в комплексном лечении с операцию реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Больных тиреотоксикозом всего 108, из них в контрольной группе 27 от 16 до 72 года, из них женщин – 83%, мужчин – 17%, лиц пожилого возраста - 8,2%. Тиреотоксикоз средней тяжести – 74%, тяжелой степени – 26%.

Всем больным предоперационным подготовка проводили одинаково, от 9 до 15 суток комплексное лечение. Больным контрольной группы реимплантация не проводили.

Больным, кроме обще клинических исследований, проводили радиометрическое исследование

Функции щитовидной железы и сканирование в до и послеоперационном периодах. Проводили также определение концентрации T_3, T_4, ТТГ в сыворотке крови. Всем больным с тиреотоксикозом средней и тяжелых степеней применяли операцию - реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапии.

Все больные с тиреотоксикозом предоперационном периоде получали по рекомендации кардиолога и эндокринолога, тиреостатики (меркозолил, L тироксин) сердечные глюкозиды, короналитики, седативные препараты, дезинтоксикационные терапия и витаминотерапия.

Послеоперационный период протекало более гладко у больных, которым била выполнена реимплантация ткани щитовидной железы с лимфотропной терапией послеоперационного периода сравнению с контрольной группой.

В ранние сроки после операции в группах средней и особенно тяжело степени тяжести тиреотоксикоза T_3 и T_4 были достоверно низкими послеоперационного периода сравнению с контрольной группой, где не выполнялась реимплантация ткани щитовидной железы и лимфотропной терапию.

Радиометрическое исследование щитовидной железы также показало на 3-4 и 6-7 месяцев нормализацию функции щитовидной железы у больных после реимплантации. Изучение сканограммы

показало, что на 12-15 суток имплантированная тиреоидная ткань возобновляет йодопоглатительную функцию и в течении наблюдаемого срока функция трансплантатов держалась стабильно.

Послеоперационные осложнения в раннем послеоперационном периоде протекали более гладко у больных с тиреотоксикозом средней и тяжелой степени, готовившихся в предоперационном периоде, включая лимфотропное лечение и реимплантацию, послеоперационного периода сравнению с контрольной группой. Летальных исходов и осложнений, связанных с лимфотропной и реимплантацией ткани щитовидной железы, не наблюдалось. Применение лимфотропной и реимплантации ткани щитовидной железы привело к снижению частоты послеоперационной тиреотоксической реакции с -7,1% до -3,7%, тиреотоксического криза с 3,7% до 0,9%.

Выводы. Наблюдение послеоперационным больным после реимплантации ткани щитовидной железы с лимфотропной терапией 31 больных проводится в течение 3 лет. За этот период отмечено улучшение состояния больных. Отсутствует пастозность, адинамия, частота пульса 70-78, состояние стабильное.

СУРУНКАЛИ ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИ МЕДАНИЭКСКРЕТОР ФУНКЦИЯСИГА ТАСИРИ

Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А.Иминов Б И.
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жаррохлик кафедраси

Актуальност: Сурункали темир етишмовчилиги анемияси эссенцеал микроэлементлар хисобидан булиб купинча ички азоларни хар хил даражадаги шикастланиши билан кечади. Беморлардаги темир етишмовчилиги камконлигида умумий хасталиклар ичида вицерал хасталиклар жуда ката уринни эгаллайди. Бу курсаткич хаёт тарзига тасир килиб, беморларда социал мослашишни пасайтиради, аклий ва жисмоний риволанишни секинлаштиради. Бу холат инсонларни айни ишга яроклик даврларида булгани, купрок аёлларда 92% ни ташкил этиб, аёлларни айнан тугрик ёшларига тугри келади. Купгина адабиётларда келтиришича темир танкислиги камконлиги ички азоларга хар хил тасир килиб купрок юрак, жигар, мия фаолияти, иммун система ва б.к. системаларни иш фаолиятига салбий тасир килади. Бу мураккаб тизимни чукуррок этибор бериб темир танкислиги камконлиги вицерал азоларга тасирини функционал ва морфологик жихатларини урганишни талаб этади. Хозиргача ананавий усулларда темир танкислиги камконлиги вицерал генезида гемик тукима гипоксияси, липидларда оксидланишни ортиши билан кечишида, эритроцитларни ва ферментлар активлигига салбий тасирини ургапиб келинган.

Материа ва методлари.Бу холатда медани шиллик каватини урганишга ката этибор беришни максад килиб олдик, сабаби меда эпителийси тезпролиферацияга учрайдиган хужайра булиб, унга доимий пластик ёрдам курсатиб туриш керак. Чунки темир алмашинув метоболизми ва темир танкислигидан хосил буладиган организмдаги узгаришлар шунга боглик булади.

Сурункали темир етишмовчилиги патологик холатларида меда ва 12 бармок ичак шиллик каватини структурасини клиник ва эндоскопик, патоморфологик тузилиши кам урганганлигини хисобга олган холда бу саволга тугри ёндашиш кераклигини урганиб чикиш лозим деб топдик. Сабаби 12 бармок ичак ва медани шиллик кавати темир алмашанивини индукциясига катнашадими ёки алохида хасталикми деган савол тугилади.

Биз 2015 дан 2021йиллар оралигида даволанган 78 та меда ва 12 бармок ичак хасталиклари билан узок вакт даволаниб келган, хамда хамрох темир етишмовчилиги камконлиги бор беморларни олиб текширдик. Улардан аёллар 72 (92%)та, эркаклар 6 (8%), улар 26 ёшдан 58 ёшгача булган беморларни ташкил килади. Текширув шикоятлари ва клиник белгиларига, гематологик анализларига ва эндоскопик курик хулосалари урганиб чикилди. Асосий курсаткич килиб эндоскопик усулда меда ва 12 бармок ичакдан олинган шиллик каватни гистоморфологик текширувларига асосланди.

Анамнездан 5 йилдан ортик меда ва 12 бармок ичак хасталиги билан даволаниб келган хамрох темир етишмовчилиги камконлиги хасталиги булган беморлар Эндоскопик текширув натижаларига кура 92% беморда сурункали атрофик гастрит, 36,4% эзофагит, 27,9% дуодено-гастроал рефлюкс, 32,2% беморларда меда 12 бармок ичак эррозиялари аникланди. Макроскопик шиллик каватларида ёппасиги силликлашлар, шамоллаш белгилари ва меда моторикасини пасайиши аникланди.

Узок вакт темир танкислиги анемияси билан даволанган 62% беморларда Helicobacter pylori ни урта ва паст даражада таркалиши (91,8%) ни, шиллик каватни атрофияси (54%)ни ташкил килиб медани фундал ва антрал кисимларида юзага келган.

Узок вакт давом этувчи темир танкислиги анемиясида меда ва 12 бармок ичак шиллик каватларида гипоксия, сидеропенияга хос узгариш булиб, хужайра элементларида оксилларни сон жихатдан етишмовчилиги сифатида метоболик узгаришлар, антрал ва фундал сохадаги стромал тукималарда гликоген ва РНК ни 1,5 маротаба ортиши кузатилмокда. Медани шиллик каватини ултраструктурасида органеллалар биосинтези ва эпителиоцит хужайраларини секретор функциясини пасайиши, хужайра активлигини микропианоцитозини пасайиши кузатилди.

Юкоридаги текширув натижаларидан шуни хулоса килиш мумкинки узок давом этувчи темир етишмовчилиги камконлиги меда ва 12 бармок ичак шиллик кавтлари тузилишига чукур тасир килиб, уларни стромасида чандикли битишма холатни юзага келтиради. Уз урнида шиллик каватда жойлашган секретор безларни секретор функцияси бузилади. Бу овкат хазм системасини суриш функциясини бузилишига олиб келади.

БЕМОРЛАРДАГИ ТИРЕОТОКСИК ХОЛАТДА КАЛКОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИ ТАСИРИНИ УРГАНИШ

Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н.,
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жаррохлик кафедраси

Актуаллиги. Диффуз тиреотоксик букок, калконсимон без хасталиклари ичида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Калконсимон безнинг консерватив даволаш, ташрихдан олдинги даврда ташрихга тайёрлаш ва унинг асоратларини олдини олиш чоралари хамон долзарблигича колмокда. Шу холатни хисобга олиб беморларни консерватив даволаш ва ташрихдан олдинги даврда ананавий усулда даволашдан ташкари лимфотроп усулда гормонларни юбориш ва иммуномодуляторларни куллашдан кейинги даврдаги узгаришларни урганиб чикиш ва олинган материалларни патогистологик текширувлардан утказилиб, ундаги узгаришлар ананавий усулдаги узгаришлар билан солиштириш баён этилган.

Материал ва методлари. Тиреотоксик букок билан 2016 дан 2021йилларда 109 та бемор даволанди. Улардан назорат гурухига 30 та бемор олиниб, беморлар 16 ёшдан 68 ёшгача, аёллар 81 %, эркаклар 19 % ни ташкил этиб, тиреотоксик букок урта огир даражаси 69%, огир даражаси 31% ни ташкил килади.

Хамма беморларгаДиффуз токсик букок III ва IV даражасида, ташрих олди тайёргарлиги 8 дан 15 кунгача утказилиб комплекс чоралар билан бирга асосий гурухга махаллий гормонал (преднизолон) терапия ва иммуномодуляторлар (Т активин, иммуномодулин) кушиб утказилди.

Беморлар даволашдан олдин ва даволашдан кейин динамикада клиник, радиометрик текширувлар олиб борилди. Функционал холатини билиш максадида кон зардобидаги T_3, T_4, ТТГ гормонлар урганилиб борилди.

Ундан ташкари Диффуз тиреотоксик букокларда калконсимон безни морфофункционал холатини урганиш максадида пункцион биопсия килиниб калконсимон без тукимасини микроскопик структураси урганилди, 64% ананавий усулда даволанган беморларда нотугри юлдизсимон шаклдаги фолекулаларидан ва юкори цилиндрик эпителий сургичларини усиши, янги фолекулаларини пролиферацияси кузатиляпти. Диффуз тиреотоксик букокда без морфоструктурасини узгариши, калконсимон безни тулик хама жойида аникланяпти. Беморларда айтиб утилган узгаришлардан бошка калконсимон без тукималарида лимфоцитар шишлар, базида марказидан кузгалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларини катталашиши, юкори тиреоцитлар, цитоплазмаик стромасини узгаришлари аникланди. Колган 36% дагина калконсимон без гистоструртураси эутиреоид букокка ухшаш структурага эгалиги аникланди.

Асосий гурухдаги беморлар, ананавий усулга кушимча махаллий лимфотроп гормонал терапия ва иммуномодуляторлар олган беморларда эутиреоид букокка ухшаш гистоструктурага эга булганлар 70% ни ташкил этади. Бунда калконсимон без тукималарида лимфоцитар шишлар, базида марказидан кузгалишга учраган ката лимфоид фолекулалар, ядроларини катталашиши, юкори тиреоцитлар, цитоплазмаик стромасини узгаришлари 30% гача аникланди.

Хулоса. Бундан куриниб турибдики диффуз тиреотоксик букокли беморларни консерватив даволашда ва ташрих олди тайёрлашда хам махаллий лимфотроп гормонал терапия (преднизолон) ва иммуномодуояторларни (Т активин, иммуномодулин) кулланиши нафакат нохуш холатларни бартараф килади балки диффуз токсик букокларда тукимадаги гистоморфологик узгаришларни яхшилаш ва фолекуляр узгаришларни озайтириш билан беморда эутиреоид холатни таминлайди. Шу билан бирга даражали диффуз токсик букокларни эутиреоз холатига келтиришда катта роль уйнайди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕКСОГО РАСТВОРА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ

Р.А. Койчуев, А.О.Османов, Б.О.Алиев
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Махачкала, республика Дагестан, Россия

Актуальность проблемы и все возрастающий интерес к холангиту, обусловлен не только увеличением числа больных с воспалительными поражениями желчевыводящих путей, но и частотой случаев протекания процесса с тяжелым клиническим течением. Среди структуры заболеваний-причин

острого гнойного холангита можно отметить наиболее часто встречаемые патологии: холедохолитиаз, стеноз БДС, рубцовые структуры желчных протоков, панкреатит, стенозирование холедоходуоденоанастомоза, перивезикальный инфильтрат, перихоледохеальный лимфаденит. Частота холангита в этой группе больных, по данным разных авторов, колеблется от 30 до 63%, а общая послеоперационная летальность больных с холедохолитиазом, осложненным гнойным холангитом, составляет 11,5%.

Главную роль в развитии холангита оказывает инфекция и поэтому проблема борьбы с инфекцией у больных с острым холангитом продолжает оставаться актуальной.

Цель исследования улучшить результаты лечения больных с острым холангитом, путем применения интраоперационно и в послеоперационном периоде интрахоледохеально озонированного изотонического раствора хлорида натрия. Обследовано 47 больных с острым холангитом. Возраст больных 30 - 75 лет. В зависимости от способа комплексной терапии больные были разделены на три группы: 1-ая: больные с острым гнойным холангитом, которым интраоперационно интрахоледохеально был применен озонированный физиологический раствор, 2-ая больные, которым озонированный физиологический раствор был применен только в послеоперационном периоде, 3-ья контрольная группа с применением стандартной антибактериальной терапии.

Критериями для применения озонированного физиологического раствора являлись: повышение температуры тела, озноб, боли в правом подреберье, желтуха и выявленные во время операции гнойная, замазкообразная желчь, расширение холедоха и желчная гипертензия. Больным в исследуемых группах с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, через культю пузырного протока, или по Вишневскому, интраоперационно холедох промывают озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 1800-2000 мкг/л. Концентрацию озона в физиологическом растворе определяли спектрофотометрическим методом на «Неселективном фотометре НФ-254/1». Все больные получали антибактериальную (цефалоспоринами 3-4 поколений в сочетании с аминогликозидами) и инфузионную терапию. В послеоперационном периоде проводят санацию холедоха озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 1000-2000 мкг/л, ежедневно в течение 3-5 дней. Затем промывают холедох озонированным 0,9%-ным раствором хлорида натрия с концентрацией 800-1000 мкг/л, в течение последующих 2-5 дней. Критерием эффективности применения озонированного физиологического раствора явилась купирование болевого синдрома, снижение температурной реакции, снижение активности цитолитических ферментов. Достоверным критерием эффективности озонотерапии у оперированных больных были данные бактериологических исследований желчи.

Проведенные исследования показали, что в желчи исследуемой группы больных наблюдался достаточно высокая степень контаминации микробных тел. Введение в холедох озонированного 0,9%-ного раствора хлорида натрия, приводит к существенному снижению титра микробных тел в желчи как к 1 суткам после начала лечения, так и через 5-7 дней.

Анализ результатов лечения больных, независимо от выполненного вида оперативных вмешательств, выявил наиболее высокую эффективность применения озонированного физиологического раствора интрахоледохеально.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Р.А. Койчуев, А.О.Османов, Б.О.Алиев
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
г. Махачкала, республика Дагестан, Россия

Хирургическое лечение эхинококкоза печени часто сопровождается инфекционно-воспалительными осложнениями (27%), высокой (7%) летальностью, что обусловлено исходным вторичным иммунодефицитом. Несовершенство методов антисептической обработки остаточных полостей (ОП) при инфекционно-воспалительных осложнениях в послеоперационном периоде, приводит к увеличению сроков реабилитации, возникновению случаев инвалидизации больных. Мы располагаем опытом применения озонированного физиологического раствора (ОФР) для лечения нагноившихся остаточных полостей печени после открытой эхинококкэктомии у 78 больных, находившихся под нашим наблюдением. Всем больным была произведена открытая эхинококкэктомия, с наружным дренированием остаточной полости по поводу солитарного или первично-множественного эхинококкоза печени. С целью обработки ОП интраоперационно применен озонированный физиологический раствор, полученный путем барботирования на аппарате «Медозонс БМ». Концентрация озона в физиологическом растворе составляла 5 мг/л. Для поддержания заданной концентрации озона в физиологическом растворе, производили измерения на «Неселективном фотометре НФ-254/1». Дополнительно производили обработку фиброзной капсулы мелкодисперсной взвесью озонированного 0,9% NaCl, с размерами частиц 0,5-10 мкм., (*патент РФ №: 2296570)*. В послеоперационном периоде, наряду с местным применением ОФР, производилось

внутривенное капельное введение озонированного 0,9% раствора NaCI 200,0 mI в концентрации 3 мг/л, однократно в сутки. Курс лечения составил в среднем 9-11 дней. Воздействие ОФР на стенки фиброзной капсулы изучали гистологически: где отмечалась активация макрофагальной реакции, усиление пролиферации фибробластов, рост грануляционной ткани, усиление фагоцитоза бактерий и некротического детрита макрофагами. Гепатотоксическое влияние ОФР в концентрации 5 мг/л, отмечено не было. На фоне применения ОФР, по данным Узи, сокращение ОП происходило в 1,3 раза быстрее по сравнению с ОП, которых лечили при помощи традиционных методик. После окончания курса лечения посевы отделяемого и смывы из ОП роста бактерий не дали. Таким образом, применение озонированного физиологического раствора при нагноившихся остаточных полостях печени позволяет ускорить клиническую реабилитацию больных и сократить сроки их пребывания в стационаре, позволяет значительно увеличить эффективность мероприятий при послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнениях.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ МИОКАРДА И МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ

Комилов Ш.Э., Нурматов Х.В., Сиддиков К.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Острые артериальные гипертензии большого и малого кругов кровообращения приводят к перегрузке сердца давлением. Известно, что заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся увеличением нагрузки давлением (постнагрузки), имеют менее благоприятное течение по сравнению с заболеваниями, сопровождающимися увеличением нагрузки объемом (преднагрузки), и чаще осложняются аритмиями и острой сердечной недостаточностью.

Цель исследования. На экспериментальных моделях острой перегрузки сердца давлением изучить морфофункциональные изменения в медиаторном и гормональном звеньях симпатико-адреналовой системы и выяснить их роль в компенсаторных реакциях сердца и патогенезе сердечной недостаточности при острых артериальных гипертензиях большого и малого кругов кровообращения.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило 60 случаев скоропостижной смерти людей обоего пола в возрасте от 35 до 63 лет. У 18 умерших имелся общий атеросклероз с преимущественным поражением венечных сосудов, у 22 — гипертоническая болезнь, причем у 16 из них с сопутствующим атеросклерозом.

Результаты и исследования. Воспроизведение острого стеноза аорты и острого стеноза легочного ствола в эксперименте сопровождается активацией медиаторного звена симпатико-адреналовой системы. При повышении нагрузки давлением, неосложненном развитием острой сердечной недостаточности, установлена общая закономерность: плотность адренергических нервных сплетений в миокарде нагруженного желудочка не изменяется, а в миокарде интактного (по отношению к перегрузке давлением) желудочка - увеличивается. При повышении нагрузки давлением, осложненном развитием острой сердечной недостаточности, выявляется резкое уменьшение плотности адренергических нервных сплетений и очаговая десимпатизация миокарда ЛЖ, ПЖ и МЖП.

Воспроизведение стеноза аорты и стеноза легочного ствола в эксперименте характеризуется активацией гормонального звена симпатико-адреналовой системы. При повышении нагрузки давлением, неосложненном развитием острой сердечной недостаточности, интенсивность люминесценции хромаффинных клеток надпочечников увеличивается незначительно: на 8% при стенозе аорты и на 13% при стенозе легочного ствола. При повышении нагрузки давлением, осложненном развитием острой сердечной недостаточности, интенсивность люминесценции мозгового вещества надпочечников увеличивается значительно: на 64% при стенозе аорты и на 29% при стенозе легочного ствола.

При стенозе аорты и стенозе легочного ствола, осложненных развитием острой сердечной недостаточности, выявляется нейрогормональная диссоциация: содержание катехоламинов в адренергических нервных сплетениях миокарда уменьшается, а в клетках мозгового вещества надпочечников - увеличивается.

При стенозе аорты и стенозе легочного ствола, не осложненных развитием острой сердечной недостаточности, морфологические изменения в миокарде ЛЖ, ПЖ и МЖП характеризуются небольшим объемом поврежденных кардиомиоцитов и умеренной выраженностью структурных нарушений (обратимые контрактурные изменения I и II степени).

При повышении нагрузки давлением, осложненном развитием острой сердечной недостаточности, морфологические изменения в миокарде ЛЖ, ПЖ и МЖП характеризуются значительным объемом поврежденных сократительных кардиомиоцитов и необратимыми структурными нарушениями (контрактурные повреждения III степени и глыбчатый распад миофибрилл). Большая часть необратимо

поврежденных сократительных кардиомиоцитов с их плазматическим пропитыванием выявляется в миокарде нагруженного желудочка и МЖП (при стенозе аорты - в миокарде ЛЖ и МЖП; при стенозе легочного ствола - в миокарде ПЖ и МЖП)

Полученные результаты свидетельствуют о защитной роли медиаторного звена в отношении миокарда и о важном значении симпатической нервной системы для поддержания сердечной деятельности в условиях острой перегрузки сердца давлением. Десимпатизация сердечной мышцы и повышение удельного значения надпочечников в структуре симпатико-адреналовых влияний на сердце способствуют повреждению миокарда и нарушению его физиологических свойств, и являются важными звеньями патогенеза острой сердечной недостаточности при артериальных гипертензиях большого и малого кругов кровообращения.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о защитной роли медиаторного звена в отношении миокарда и о важном значении симпатической нервной системы для поддержания сердечной деятельности в условиях острой перегрузки сердца давлением.

Установлено, что десимпатизация сердечной мышцы и повышение удельного значения надпочечников в структуре симпатико-адреналовых влияний на сердце способствуют повреждению миокарда и нарушению его физиологических свойств, и являются важными звеньями патогенеза сердечной недостаточности при острых артериальных гипертензиях большого и малого кругов кровообращения.

ABOUT THE ACTIVITIES OF THE EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE SERVICE DURING ROAD TRANSPORT ACCIDENTS IN THE REGIONS OF ANDIZHAN

Kosimov S.A., Siddigov M.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Introduction. Road traffic accidents are one of the pressing problems of the modern world, constantly taking away human lives and health. Tens of thousands of people of all ages are injured in car accidents in the world every year.

Around 1.35 million lives are cut off from road traffic crashes every year. Between 20 and 50 million people suffer from non-fatal injuries, many of which result in disabilities.

People affected by road traffic injuries, their families and the country as a whole, suffer significant economic losses. These losses are related to the cost of treatment, as well as the lost productivity of those who have died or become disabled due to their injuries, as well as their family members who need time off from work or study to care for injured relatives. Road crashes cost most countries 3% of their gross domestic product.

In some cases, the victim manages to get off with minor bruises, and sometimes he may remain disabled for the rest of his life. The most common injuries in road traffic accidents are head and spine injuries. Injuries after an accident may require not only long-term treatment, but also rehabilitation.

Purpose of the study: To study and evaluate the effectiveness of work on the organization of emergency medical care for victims of road traffic accidents at the prehospital stage in the Andijan region, according to individual criteria.

Research methods. For the study, cases of emergency medical care were selected for patients who were in a road traffic accident (RTA) and received traumatic injuries of varying severity in 2014-2018, in the Andijan region. The volume and nature of medical-diagnostic and transport measures and the system of organizing the provision of emergency medical care to victims of road traffic accidents at the prehospital stage have been studied.

Research results. The study of the system of organizing the provision of emergency medical care to victims of road accidents in the regions under study revealed the following shortcomings: in 27.3% of the regions under study, the length of the service area of the stations and departments of the NSR on the republican highway exceeds 75 km. In 6 districts out of 11 studied, there is an incomplete staffing of the ambulance service - less than 80% of the regular number. In 49.2% of cases, reports of a road traffic accident are received by the ambulance dispatch service at a later date - later than 10 minutes from the moment of the accident.

Conclusions. The results of the study indicate the need to make management decisions to improve the organization of emergency medical care to victims of road accidents at the prehospital stage.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Косимов С.К., Раджабов А.А., Мамажонов С.С.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введение. Вопрос о взаимоотношении ишемической болезни сердца (ИБС) и функционального состояния щитовидной железы сохраняет актуальность до настоящего времени. Известно, что клинически выраженные формы гипо и гипертиреоза оказывают существенное влия ние налипидный обмен, параметры гемодинамики и функцию миокарда.

В то же время, до конца нерешенным остается вопрос о влиянии гипотиреоза на течение ИБС: риск развития инфаркта миокарда, частоту стенокардии напряжения, нарушений ритма и т.д.

Наименее изученными в этой связи представляются субклинические формы тиреоидной дисфункции, в частности – субклинический гипотиреоз, в ряде случаев развивающийся при узловом коллоидном зобе.

Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние щитовидной железы при ишемической болезни сердца с субклинической дисфункцией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 102 больных ИБС (30 мужчин и 72 женщины) в возрасте от 35 до 69 лет (средний возраст – 57,7±0,8 лет). Стенокардия напряжения I3III функциональных классов диагностирована у 60 больных, постинфарктный кардиосклероз – у 55, хроническая сердечная недостаточность I3II функциональных классов (NYHA) – у 82, гипертоническая болезнь II3III стадий – у 70. Из 102 обследованных больных узловой коллоидный нетоксический зоб был диагностирован у 56, остальные 46 пациентов не имели патологии щитовидной железы. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. Всем больным проводили общее кли ническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ (система “RT 1000 ULTRA Holter Monitoring System” фирмы CIRCADIAN, США) и АД (комплекс ABPS фирмы CIRCADIAN, США).

Полученные нами данные согласуются с результатами некоторых опубликованных исследований. Считается, что снижение частоты и тяжести нарушений ритма может быть обусловлено уменьшением количества и функциональной активности β3адренорецепторов в условиях недостаточности тиреодных гормонов.

Экспериментально показано удлинение фазы реполяризации и рефрактерного периода, что приводит к повышению порога возникновения желудочковых нарушений ритма при гипотиреозе.

В то же время, существуют данные о высокой частоте возникновения же лудочковых и наджелудочковых нарушений ритма при гипофункции щитовидной железы, возможным механизмом возникновения которых являются нарушения водно-электролитного обмена на фоне диффузно деструктивных изменений миокарда в условиях дефицита тиреоидных гормонов.

По данным суточного мониторирования ЭКГ без болевая ишемия миокарда по своей частоте и продолжительности превосходит ишемию миокарда с болевым синдромом во всех группах больных ИБС без достоверного различия междуними. Субклиническое снижение функции щитовидной железы не способствует увеличению частоты возникновения нарушений ритма в виде желудочковых и над желудочковых экстрасистол.

Вывод. У больных ишемической болезнью сердца с субклиническим снижением функции щитовидной железы уровень диастолического артериального давления обратно пропорционален содержанию в крови Т3.

У больных ишемической болезнью сердца уровень частоты сердечных сокращений находится в обратной зависимости от функционального состояния щитовидной железы, что в большей степени выражено у больных с тиреоидной дисфункцией.

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОМАЛЯЦИЕЙ

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

В практике травматолога нередко встречаются так называемые псевдопереломы, являющиеся частым проявлением остеомаляции.

Псевдопереломы или зоны Лоозера – представляют собой зоны перестройки костной ткани и ее деминерализации, и при рентгеновском исследовании выглядят как узкие рентгенопроницаемые линии длиной от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, идущие обычно в направлении,

перпендикулярном поверхности кости. Особенно часто они обнаруживаются в бедренных костях вблизи шейки бедра, в тазовых костях под лобковыми и подвздошными гребнями. В запущенных случаях встречается сочетание множественных, двусторонних, симметричных псевдопереломов, известное как «Milkman syndrome».

Псевдопереломы очень хорошо поддаются консервативному лечению препаратами витамина D. В течение нескольких месяцев терапии они быстро исчезают, как правило, без образования костной мозоли.

К сожалению, зачастую псевдопереломы не распознаются или принимаются за истинные переломы и пациенты не получают необходимого лечения, а во многих случаях им выполняются операции остеосинтеза или эндопротезирования, которых можно было бы избежать при своевременно начатом лечении.

Однако, при несвоевременной диагностике псевдопереломов и задержке в назначении лечения, они могут перейти в истинные переломы, что приведет к необходимости оперативного лечения и инвалидизации больных.

Остеомаляция – недостаточность минерализации кости, увеличение общего объема остеоида с уменьшением фронта кальцификации и снижением скорости минерализации.

Среди метаболических болезней скелета синдром остеомаляции занимает особое место, так как с одной стороны, сведения о его эпидемиологии, ультраструктурной морфологии и патогенезе на тканевом уровне носят отрывочный характер, а с другой – показано, что этот синдром не только широко распространен, но и играет существенную роль в возникновении низкоэнергетических переломов, то есть имеет важное социально-экономическое значение. Однако, в практическом здравоохранении пациентам при выявлении снижения костной плотности чаще всего ставится диагноз «остеопороз» и назначается остеотропная терапия, способная нанести вред пациенту.

В настоящее время данные о распространенности остеомаляции весьма противоречивы, интерес к проблеме значительно снизился с конца прошлого века. Одна из причин отсутствия данных о заболеваемости связана с часто встречающейся в практической медицине тенденции объединять все случаи снижения костной плотности под термином «остеопороз». Хочется обратить внимание, что остеопороз и остеомаляция не являются взаимоисключающими заболеваниями, могут протекать одновременно и изолированно друг от друга.

В большинстве случаев развитие остеомаляции связано с дефицитом витамина D. Недостаточность витамина D, как определяемая уровнями 25(OH)D менее 30 нг/мл, имеет широкое распространение во всем мире. Например, распространенность уровней менее 30 нг/мл у женщин в постменопаузе составляет 50% в Узбекистане, 75% в США, 74–83,2% в России, 90% в Японии и Южной Корее.

В настоящее время недостаточность, а в большей степени дефицит 25(OH)D представляют собой пандемию, затрагивающую преобладающую часть общей популяции, включая детей и подростков, взрослых, беременных и кормящих женщин, женщин в менопаузе, пожилых людей.

Причинами развития ненаследственных остеомаляций могут быть:

1) Алиментарные (недостаточное поступление с пищей витамина D (преимущественно растительная пища));
2) Гастроинтестинальные (нарушение всасывания);
3) Печеночные (приводящие к нарушению метаболизма витамина D и образования 25(OH)D);
4) Почечные (нарушение образования 1,25(OH)D);
5) Опухолевые;
6) Недостаточная инсоляция.

Из симптомов остеомаляции наиболее часто обнаруживаются боли в костях и слабость в мышцах. Нередко из анамнеза выясняется, что боли и слабость беспокоят много лет. Остеомаляция может протекать бессимптомно и выявляться только при рентгенологическом исследовании.

Стандартом диагностики является гистологическое исследование биоптата из крыла подвздошной кости. Однако, из-за трудоемкости и малодоступности применение метода в клинической практике затруднено. К тому же, имеется возможность лабораторной диагностики, которая обладает высокой чувствительностью. «Классическими» биохимическими признаками остеомаляции являются дефицит витамина D (25(OH)D суммарный <30 нг/мл), гипокальциемия и (или) гипофосфатемия. Содержание Ca в крови может быть и нормальным, гипофосфатемия встречается чаще. Активность щелочной фосфатазы, как правило, повышена – ее показатель может быть использован для скрининга остеомаляции. Уровень Ca в моче всегда снижен.

Для лечения остеомаляции применяют препараты витамина D и его активных метаболитов в больших дозах. Лечение длительное и проводится, как правило, в течение всей жизни больного. Лечение препаратами активных метаболитов витамина D проводится под обязательным контролем биохимии крови. Их назначение обязательно дополняется препаратами кальция до 1,5 г в сутки.

Высокая частота субоптимальных уровней 25(OH)D у пожилых мужчин и женщин во всем мире поднимает вопросы возможности предотвращения многих случаев падений и переломов с помощью насыщения витамином D.

На сегодняшний день наиболее существенна своевременная диагностика данного заболевания до появления развернутой клинической картины и прогрессирования. Это позволит избежать ряда возможных негативных последствий и операций или улучшить послеоперационное течение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большой арсенал новых материалов и технологий, лечение переломов пястных костей и их осложнений является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. В настоящее время более 24% случаев лечения переломов пястных костей осложняются развитием посттравматических деформаций. В 22–31,3% случаев данное осложнение возникает на фоне вторичного смещения костных отломков в связи с нестабильной фиксацией при помощи консервативных методов лечения. Деформации пястных костей могут возникнуть и после погружного остеосинтеза по причине перелома и деформации металлоконструкций. На фоне нарушения анатомии пястных костей изменяется динамика пальцев, уплощается свод, образованный пястными костями, что приводит к уменьшению силы кисти и нарушениям ее функций.

Цель исследования – оценить эффективность применения комбинированного остеосинтеза при оперативном лечении посттравматических деформаций пястных костей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 44 пациента с посттравматическими деформациями пястных костей. Мужчин было 39 (88,6%), женщин – 5 (11,4%). 90,9% (40 человек) составили пациенты работоспособного возраста. 33 пациентам (75%) предшествующее лечение переломов пястных костей проводилось консервативными методами: гипсовая иммобилизация, закрытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией. 11 пациентов (25%) лечились оперативно (остеосинтез минипластинами, винтами, спицами). По локализации деформации больные распределились следующим образом: I пястная кость – 2 человека (4,5%), II пястная кость – 9 человек (20,5%), III пястная кость – 6 человек (13,6%), IV пястная кость – 8 человек (18,2%), V пястная кость – 19 человек (43,2%). Для лечения всех больных был применен метод комбинированного остеосинтеза.

Описание метода. Под проводниковой анестезией производили миниразрез мягких тканей по тыльной поверхности кисти в проекции деформации пястной кости. Следующим этапом выполняли корригирующую остеотомию пястной кости. Далее через дистальный отдел пястной кости интрамедуллярно проводили 1 спицу в проксимальный фрагмент. Через каждый костный отломок в поперечном направлении с контралатеральных сторон проводили по 2 консольных спиц. Концы интрамедуллярной и консольных спиц Г-образно изгибались и при помощи шайб с прорезью и гаек крепились к наружной опоре - резьбовому стержню. Таким образом, данный метод включает в себя комбинацию интрамедуллярного и чрескостного остеосинтезов. В послеоперационном периоде на 3-6 сутки пациенты приступали к восстановлению движений в суставах кисти.

Оценку лечения проводили при помощи клинических методов (продолжительность фиксации костных отломков металлоконструкцией, продолжительность лечения, наличие или отсутствие осложнений, исходы лечения) и реабилитационных тестов.

Результаты. Фиксация металлоконструкцией осуществлялась 35,3±6,8 сут. Консолидация костных отломков наступила у всех пациентов. Демонтаж металлоконструкции дополнительной госпитализации не требовал, осуществлялся амбулаторно. Общий срок лечения составил 42,1±6,9 сут. Восстановление функции кисти оценивалось с помощью опросника «Возможности кисти» по M.Penta, 1998 г. Установлено, что на 60-е сутки после операции восстановление функции кисти составило 91 балл, к 90 суткам после операции функция кисти была полной-138 баллов.

Околоспицевое воспаление мягких тканей зафиксировано у 3 пациентов, которое было купировано традиционными методами противовоспалительной терапии и на сроки лечения не повлияло. Других осложнений не было.

Выводы. Посттравматические деформации пястных костей возникают в 75% случаев консервативного лечения переломов данной локализации. Комбинированный остеосинтез является малоинвазивным методом лечения, позволяет в кратчайшие сроки восстановить функциональную активность пациента, не требует повторной госпитализации для удаления металлоконструкции.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОНАРТРОЗА

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

В основу структурно-функциональных изменений рабочей классификации гонартроза заложена комплексная патология сустава, включающая не только патологию хрящевой и подлежащей костной ткани, но и состояние связочного аппарата.

В генезе гонартроза выделяются в зависимости от степени процесса следующие виды патологии:

1. Изменения связочного аппарата и неравномерность суставной щели, обуславливающие различные виды (антеромедиальной, постеролатеральной, мультинаправленной) нестабильности коленного сустава;
2. Изолированное поражение хрящевой ткани различной глубины и площади;
3. Сочетанное поражение хрящевой и костной ткани различной глубины и площади;
4. Сочетанное поражение хрящевой и костной ткани в сочетании с ремодуляцией (деформацией) сустава;
5. Разрушение суставных концов, порочное положение и резкое ограничение движений.

Важное значение в характеристике дислокационного синдрома имеет определение степени нестабильности коленного сустава. У наших больных варианты нестабильности проявлялись следующей различной клинической картиной.

При компенсированной форме нестабильности больные жалоб не предъявляют, и нестабильность проявляется лишь при пассивном патологическом смещении голени, которое активно устраняется полностью. Периодически возникает синовит, который купируется самостоятельно.

При субкомпенсированной форме нестабильности больные предъявляют жалобы на неустойчивость в коленном суставе, главным образом, при повышенных нагрузках. Пассивное патологическое смещение голени активно устраняется не полностью. После длительной ходьбы появляется хромота. Выполнение специальных тестированных заданий (бег, прыжки) ограничено. Отмечается снижение выносливости и силы околосуставных мышц до 3-4 баллов. Бытовая активность не ограничена. Периодически возникает синовит, который самостоятельно не купируется.

При декомпенсированной форме нестабильности больные предъявляют жалобы на постоянные чувство неустойчивости в суставе даже при небольших физических нагрузках. Пассивное патологическое смещение голени активно не устраняется. Опороспособность конечности снижена. Имеет место постоянная хромота. Передвижение возможно в специальных фиксирующих сустав приспособлениях (ортезы, наколенник). Бег и прыжки невозможны или резко ограничены. Отмечается снижение выносливости и силы околосуставных мышц до 2 баллов. Выполнение бытовых нагрузок затруднено. Синовит возникает даже при небольших бытовых нагрузках и самостоятельно не купируется.

Отмечено, что нестабильность коленного сустава, наступившая вследствие травмы капсуло-связочного аппарата, была лишь у 18 (3,5%) больных. У большинства наших больных (96,5%) нестабильность развилась вследствие морфологических изменений в процессе прогрессирования гонартроза, выражающаяся в виде гипотрофии мышц, вторичным поражением связочного аппарата, неравномерности суставной щели. При этом в области сужения щели имеет место сближение точек прикрепления связочного аппарата и ослабление натяжения боковой связки. При прогрессировании процесса отмечается не только боковая, но и фронтальная нестабильность сустава.

Важное значение имеет определение степени сужения суставной щели, влияющее на ослабление связочного аппарата и развитие разной степени нестабильности.

Для объективизации данного положения сужение суставной щели определялось рентгенологически по изменению угла между проекциями внутрисуставной линии, соединяющей мыщелки бедра, и внутрисуставной линии между мыщелками большеберцовой кости.

По расположению линий можно ориентировочно определить степень поражения. Чем больше будет отклонение воображаемой внутрисуставной линии от горизонтальной, тем, по нашим данным, дегенеративный процесс на этом уровне будет более тяжелым.

Принимая во внимание, что при наличии контрактуры коленного сустава невозможно рентгенологически проекционно точно оценить сужение суставной щели и соответствующих углов, исследование проводилось при предварительном одномоментном устранении контрактуры на рентгеновском столе с временной фиксацией конечности в правильном положении.

Эмпирическим путем по рентгенологическим данным установили зависимость угловой деформации суставной поверхности от степени снижения высоты суставной щели и смещения эпифизов. Так, при начальных формах хондромаляции со снижением высоты суставной щели на 0,7-1,5 мм рентгенологически угловая деформация определяется в пределах 10 градусов. При прогрессирующем снижении суставной щели увеличивается угол между эпифизами бедренной и большеберцовой костями. Так, при снижении высоты суставной щели более, чем на 8 мм имеются первые клинические признаки ремодуляции коленного сустава.

Патологические изменения при гонартрозе, включающие, в частности, нестабильность и поражение суставных поверхностей, обуславливают развитие структурно-функциональных нарушений, в которых в зависимости от выраженности процесса выделяем 3 степени.

Приведенные выше особенности патологического процесса легли в основу разработанной 3-х степенной рабочая классификация, позволяющую при предоперационном планировании определить оптимальную тактику лечения. При **1 степени** определяется снижение тонуса хрящевой ткани различной площади, т.е. начальные проявления хондропатии – показано консервативное лечение.

При **2-й степени** мы выделяем две группы (А и Б) в зависимости от особенности патологии и показаний к различным методам оперативного лечения. При **2А степени** имеет место поверхностное поражение хряща с признаками хондромаляции, рентгенологически отмечается сужение, неравномерность суставной щели. При этом, как показали наши наблюдения, показано оперативное лечение в виде дебриджмента методами аблации, коблации или систем Vapr и Vapr vue с воздействием на патологически измененный капсуло-связочый аппарат. При **2Б степени** имеет место локальное глубокое поражение хрящевой ткани, резкое сужение суставной щели, признаки ремодуляции, остеофиты, кисты в субхондральной зоне - показано оперативное лечение в виде различных видах хондропластики (туннелизация, абразивная, типично по Стедману и в нашей модификации). При **3-й степени** мы также выделяем две подгруппы (А и Б) в зависимости от клинико-рентгенологической картины и показаний к различным методам оперативного лечения. При **3А степени** определяется распространенное глубокое поражение хряща в сочетании с поражением субхондральной кости с вовлечением в процесс всей или значительной части суставной поверхности, с различной выраженности ремодуляцией. При **3Б степени** отмечается полное разрушение суставных поверхностей с резким ограничением движений, выраженной деформацией не только на уровне сустава, но и часто в метафизарной зоне. При всех формах 3-ей степени определяются выраженные структурно-функциональные изменения, при которых показано тотальное эндопротезирование коленного сустава стандартным методом (при гонартрозе 3А степени) или с использованием компьютерной навигации (при гонартрозе 3Б степени).

Изучение результатов оперативного лечения по предложенным методикам у 52 больных показали положительный результат более, чем в 97% случаев, что позволяет нам рекомендовать данную классификацию для использования в практической медицине.

ИЗУЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ» С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследования психологов и педагогов показали, что обучение знаниям и умениям идет гораздо эффективнее, если система «учащийся – педагог» получает не только собственную учебную информацию - прямую связь, но обратную связь, т.е. сигналы о качестве усвоения этой информации, что требует серьезного изменения стратегии и тактики обучения. Сущность современных образовательных технологий заключается в том, что обучаемый получает необходимые ему знания путем изучения и анализа различных источников информации, характеризующих практическую деятельность производственных коллективов. Основными характеристиками выпускника образовательного учреждения являются его компетентность и мобильность. В связи с этим, акценты при изучении дисциплин переносятся на сам процесс познания, эффективность которого полностью зависит от познавательной активности самого студента. Успешность достижения этой цели зависит не только от того, что усваивается (содержание обучения), но и от того, как усваивается - с помощью репродуктивных или активных методов обучения. Использование активных методов обучения позволяет оживить учебный процесс, обеспечить развитие и саморазвитие личности обучаемого, выявить творческий потенциал, развивать мышление. Одними из эффективных форм наглядного обучения и учебно-воспитательной работы являются такие методы, как ролевая игра, обучение на муляжах и занятие-экскурсия.

Цель работы – разработать и оценить эффективность современных образовательных технологий (ролевая игра, занятие-экскурсия) при изучении дисциплины «Травматология и ортопедия».

Материалы и методы. В практике обучения данной дисциплины на кафедре травматологии и ортопедии Андижанского государственного медицинского института разработаны и внедрены в учебный процесс такие современные образовательные методы, как ролевая игра и занятие-экскурсия.

Ролевая игра по теме: «Повреждения груди» включена в учебный план изучения дисциплины для студентов лечебного и педиатрического факультетов. Ход игры. Мастер- преподаватель начинает игру исходной врачебной ситуации и назначает первого студента, например, на роль пострадавшего, который назначает очевидцев дорожно-транспортного происшествия (ДТП) - других студентов, т.е, в свою очередь, выбирают бригаду скорой помощи и т.д. Целесообразность всех принятых решений специалистами обязательно обосновывается вслух. После разделения игроков по командам, выполняется раздача личных

вводных. Технологическая цепочка ролевой игры «Повреждения груди». В зале, где имеются: «место происшествия» - находятся пострадавший и свидетели ДТП; «машина скорой медицинской помощи (СМП)» - бригада СМП (врач, фельдшер, водитель); «приемный покой стационара» - врач приемного покоя, травматолог-ортопед и другие специалисты. Мастер-руководитель сообщает о ДТП, предоставляет слово свидетелям и пострадавшему. «Свидетель и пострадавшие» описывают и обыгрывают аварийную ситуацию (описывают место аварии, обстоятельство и механизм получения травмы, действия очевидцев). В игру включается бригада СМП: проводит диагностику повреждения, оказывает необходимые неотложные мероприятия (обезболивание, иммобилизацию и пр.) и транспортирует пострадавшего в стационар. При поступлении в приемный покой клиники в действие включаются врач приемного покоя больницы (осмотр, обследование пациента и решение вопроса о госпитализации), травматолог-ортопед (проводит уточнение диагноза, обоснование и выбор метода лечения пациента, прогнозирование исходов травмы и методов реабилитации) и при необходимости, другие специалисты. По ходу игры студенты - эксперты вводят различную дополнительную информацию, усложняющую ситуацию (изменение состояния больного, отсутствие лекарственных препаратов и их адекватная замена и др.). Дополнительная информация может быть также поведенческого характера - отказ больного от госпитализации, жалоба больного или его родственников и др. Разбор игры: проводится по возможности для каждого игрока, а также общий разбор для всех и по группам в конце игры. Вырабатываются решения по проблеме, заслушивается сообщение экспертной группы, выбирается наиболее удачное решение. При анализе результатов ролевой игры определяется степень активности учащихся, уровень знаний и умений, вырабатываются рекомендации по совершенствованию игры.

Занятие-экскурсия организуется на завершающем этапе работы над дисциплиной и его целью является совершенствование и закрепление ранее приобретенных навыков, умений и знаний. В качестве примера рассмотрим внеаудиторное занятие-экскурсию для студентов лечебного и педиатрического факультетов - «Лечение и реабилитация больных в амбулаторных условиях», которое проводится преподавателем кафедры в медицинском муляжном центре при Андижанском государственном медицинском институте (современный медицинский муляжный центр, включающий весь спектр диагностики, реабилитации и стационарного лечения пациентов с патологией опорно-двигательной системы). Следует отметить, что организация данной учебной экскурсии, как и любой другой экскурсии, включает несколько этапов: подготовка, проведение и заключение. При проведении занятия-экскурсии используются следующие методы обучения: словеснгое – описание (подробное изложение материала об объекте экскурсии, процессов и событий, связанных с ним), объяснение, комментирование; - наглядные (в качестве источника знаний выступали различные наглядные объекты).

Результаты. Анкетирование студентов, участников активных методов обучения, выявило, что данные занятие явились эффективными и мотивировали студентов на изучение травматологии и ортопедии. Кроме того сопровождалось мобилизацией творческих возможностей студентов и создавало эмоциональную мотивацию к активному поиску информации, ее использованию в решении конкретной задачи.

Заключение. Применение современных форм образовательного процесса при изучении дисциплины «Травматология и ортопедия» на примере практического занятия – ролевой игры и занятия-экскурсии является эффективным инструментом развития общекультурных, общее профессиональных и профессиональных компетенций студентов медицинского вуза. Данные технологии способствуют развитию инициативности, творческих возможностей, делают процесс изучения дисциплины более интересным и захватывающим. Все вышесказанное, в конечном счете, позволяет студенту не только расширить междисциплинарный кругозор, но и значительно повышает его интерес к предмету и учебному процессу в целом.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ ПОЛОСТИ РТА

Кохоров Мансуржон Кодирович
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель: изучить взаимосвязь психологических характеристик пациентов и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Методы. Обследовано 60 человек (32 женщин, 28 мужчин) в возрасте от 19 до 67 лет. Использовались психодиагностические методики: 1. Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека (взрослый вариант); 2. Индивидуально-типологический опросник Собчик Л.Н. (ИТО). Определялся индекс гигиены Green-Vermilion в начале и конце периода исследования (через 1 месяц), по которому группа обследованных пациентов была разделена на две подгруппы: с отрицательной и положительной динамикой индивидуальной гигиены в период лечения. В первую группу вошли пациенты с отрицательной динамикой индекса Грин-Вермильон (у кого он в конце исследования Международная научно-практическая конференция, посвященная 60-летию основания стоматологического факультета АГМИ. Ю.А. Атабекова.

Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма увеличился), т.е. состояние гигиены полости рта ухудшилось. Во вторую группу вошли пациенты с положительной динамикой индекса Грин-Вермильон, т.е. у них гигиеническое состояние улучшилось. Между 1-й и 2-й группой обнаружились статистически значимые различия в вопросе частоты замены зубных щеток. В группе 1 пациенты реже производили замену зубных щеток (0,94 ± 0,42), по сравнению со 2-й группой (1,34 ± 0,66). Между 1-й и 2-й группой обнаружились статистически значимые различия в вопросе замечает ли пациент кровоточивость десен. Пациенты 1-й группы отмечали кровоточивость десен в большей мере (0,82 ± 0,39), во 2-й группе количество пациентов с кровоточивостью меньше (0,28 ± 0,45), что можно связать со снижением уровня гигиены полости рта в 1-й группе. В 1-й группе отмечался более высокий уровень тревожности, связанный с необходимостью протезирования (0,17 ± 0,72), во 2-й группе уровень тревожности был минимален (0±0). Это можно связать с тем, что 1-я группа не соблюдает рекомендации врача и хуже выполняет гигиенические процедуры полости рта, соответственно у них чаще может возникать потребность в протезировании, нежели во 2-й группе. Статистически значимые различия регистрировались между группой 1 и 2 по уровню эмоциональной лабильности (неуравновешенности): в 1-й группе аффективно-экзальтированный тип характера регистрировался в большей степени (19,05 ± 4,85), нежели во 2-й группе (13,30 ± 6,07). Статистически значимые результаты регистрировались. Между 1-й и 2-й группой по параметру гипертимный тип характера: в 1-й группе прослеживался более высокий уровень данного показателя (16,05 ± 3,17), во 2-й группе в меньшей степени (12,44 ± 6,0). В группе 1 также чаще встречались пациенты с циклотимным типом характера (16,4 ± 6,19) по сравнению со 2-й группой пациентов (12,3 ± 4,9). Статистически значимые различия регистрировались между 1-й и 2-й группой по шкале Экстраверсия: в 1-й группе регистрировалось максимальное значение (6,5 ± 1,8), минимальное значение отмечалось во 2-й группе (4,7 ± 2,4), т.е. в 1-й группе встречались более общительные экстравертированные пациенты, чем во второй.

Заключение: исследование показало, что такие психологические параметры, как эмоциональная уравновешенность, интровертированность, высокая эмоциональная саморегуляция поведения и тревога (обеспокоенность) за результаты лечения, взаимосвязаны с соблюдением индивидуальной гигиены рта. Такой тип пациентов более привержен стоматологическому лечению и выполнению рекомендаций врача и правил гигиены.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кочкартаев С.С., Шатурсунов Ш.Ш.
Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии (РСНПМЦТиО)
г.Ташкент (Директор – д.м.н., М.Э.Ирисметов)

Введение. Анализ научной литературы по проблеме лечения больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к выбору метода консервативного и оперативного лечения с учетом всех факторов формирования невральной компрессии, нарушения стабильности пораженных сегментов позвоночника. Цель настоящего исследование улучшение результатов лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника путём дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного консервативного лечения 581 больных с грыжами МП дисков поясничного отдела позвоночника, лечившихся в отделении вертебрологии научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Республики Узбекистан в период с 2012 по 2019 г. Средний возраст пациентов – 46 года. Диагностическое наличие грыжи МП дисков устанавливалось магнитно-резонансно томографическими (МРТ) (471 пациентов), мультиспиральными компьютерно-томографическими (МСКТ) (121 пациентов) исследованиями. Базисным исследованием для всех больных являлась стандартная спондилография в двух проекциях. Согласно данным МРТ и МСКТ исследований, грыжевые дефекты межпозвонковых дисков были расположены на уровнях: VL2-3 у 17 пациентов (3%), VL3-4 – у 70 (12%), VL4-5 – у 250 (43,1%), VL5-S1- у 197 (34%), грыжи на двух уровнях – у 34 (5,9%), на трех уровнях – у 12 (2%). Для объективной оценки результатов лечения проведены электронейромиографические (ЭНМГ) и электромиографические (ЭМГ) исследования в момент поступления и в отдаленном периоде после лечения. Всем больным проведено комплексное ортопедическое (консервативное) лечение, разработанное в отделении вертебрологии НИИ травматологии и ортопедии (Патент № DGU 02256 от 31.05.2011 г. Патент № DGU 02565 от 29.06.2012г.).

Комплексное консервативноелечение состоит из следующих разделов:

1. Эпидуральное введение лекарственных веществ в позвоночный канал через крестцовое отверстие по методике Катлена, в асептических условиях эпидурально вводится коктейль из следующих лекарственных веществ: суспензия кортикостероидов + вит В12- 500мкг и раствором анестетика;

2. Тракция поясничного отдела позвоночника. Тракция проводится по схеме разработанной методикой клиники. Разработаны и предложены специальные схемы режима по времени и силового дозирования вытяжения позвоночника;

3. Медикаментозная терапия:

а) нестероидные противовоспалительные средства (НПВС); б) нейротропные препараты; в) препараты улучшающие микроциркуляцию тканей; г) комплекс дегидратационной и десенсибилизирующей терапии; д) рассасывающее медикаментозное лечение и миорелаксанты; е) антибиотикотерапия в сочетании с противовирусной терапией.

4. Физиотерапевтические процедуры. Эффективным при неврологических проявлениях грыж МП дисков является применение магнит-лазер облучения, фонофорез, амплипульса и электронейростимуляции стволовых нервов.

5. Комплекс лечебных физических упражнений по показанием.

Результаты и их обсуждение. При изучении результата ортопедического лечения у 485 больных (82,2%) отметили хороший результат, которое заключалось исчезновением болевого синдрома и регрессом неврологических проявлений. У 107 больных (17,8%) результат оценен как удовлетворительный с частичным устранением болевого синдрома и улучшением неврологической клиники. В ближайшем периоде через 3-5 месяцев после лечение хороший результат сохранился у 365 больных (75,5%) и 120 больных получили повторный курс лечения с хорошим результатом. Пациенты у которых результат считался удовлетворительным в ближайшем периоде через 3-5 месяцев после лечение было проведено повторный курс лечения и у 36 больных (30,3%) результат оценивался как относительно удовлетворительным, у остальных 84 больных (69,7%) результаты лечение вполне удовлетворял самих пациентов.

У 503 больных (85,2%) из общего числа обследованных в отдаленным периоде через 16-21 месяцев были проведены контрольные МРТ исследование где было установлены, что 398 больных (79,3%) выявленные ранее грыжи диска исчезли полностью, у 105 (20,7%) больных отмечено уменьшение размеров грыжи диска на 3-4 мм.

При объективной оценки результатов лечения по проведенным данным ЭНМГ и ЭМГ исследовании отдаленном периоде после лечения через 16-21 месяцев отличные показатели получены у 52% больных, хорошие – у 38% и удовлетворительный – у 10% больных.

Заключения. Комплексное консервативное лечения грыж МП дисков поясничного отдела позвоночника на основе эпидурального введения лекарственных веществ с тракцией позвоночника в комплексе медикаментозной терапии, физиотерапевтических процедур и ЛФК позволил получить и достигнут стойкий положительный хороший клинический результат в ближайшем и отдаленных периодах у более 80% больных .

Дегенеративные изменения и нарушения метаболизма основных компонентов межклеточного вещества межпозвонковых дисков при грыжах диска позволяет выявить характерные особенности течение дегенерации. Анализ этих данных позволяет просмотреть последние продвижения в понимание этиологии этого заболевания и разрабатывать новые подходы к консервативному так и оперативному лечению.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Курбанова З.Р., Исроилов Р.И., Каримова М.Х.
Ташкентская медицинская академия
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Метаболический синдром – это комплекс изменений, связанный с нарушением обмена веществ, при этом гормон инсулин перестает восприниматься клетками и не выполняет свои функции. Особенность микрососудов глаза является основой развития патологических изменений при метаболическом синдроме.

Цель исследования. Цель данной работы является изучение микроскопических изменений стенки сосудов сосудистой пластинки и сетчатки, характерных для метаболического синдрома, моделированного у животных.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явилось глаза животных после энуклеации с моделированием метаболического синдрома.

Результаты исследования и их обсуждения. Микроскопически в сетчатке различают 10 слоев, счет которых ведется снаружи внутрь. Основные слои — самый наружный слой сетчатки, примыкающий к внутренней поверхности сосудистой оболочки, вырабатывает зрительный пурпур (пигмент родопсин). Мембраны пальцевидных отростков пигментного эпителия находятся в постоянном и тесном контакте с фоторецепторами. *Функции ретинального пигментного эпителия:* обеспечивает быстрое восстановление зрительных пигментов после распада их под влиянием света, участвует в электрогенезе и развитии биоэлектрических реакций, регулирует и поддерживает водный и ионный баланс в субретинальном

пространстве, биологический поглотитель света, предупреждает этим поражение наружных сегментов палочек и колбочек, вместе с хориокапиллярами и мембраной Бруха создает гематоретинальный барьер.Второй ***слой*** образован наружными сегментами фоторецепторов, *палочек и колбочек*. Палочки и колбочки представляют собой длинные цилиндрические клетки, в которых выделяют наружный и внутренний сегмент и сложное пресинаптическое окончание. Все части фоторецепторной клетки объединены плазматической мембраной. К пресинаптическому окончанию фоторецептора подходят и впячиваются в них дендриты биполярных и горизонтальных клеток.

Наружная пограничная пластинка (мембрана) - расположена в наружной или апикальной части нейросенсорной сетчатки и представляет собой полосу межклеточных сцеплений. Она в действительности не является в основе мембраной, так как состоит из проницаемых вязких плотно прилегающих сплетающихся апикальных порций мюллеровых клеток и фоторецепторов, она не является барьером для макромолекул. Наружная пограничная мембрана названа окончатой мембраной Верхофа, так как внутренние и наружные сегменты палочек и колбочек проходят через эту окончатую мембрану в субретинальное пространство (пространство между слоем колбочек и палочек и пигментным эпителием сетчатки), где они окружены межуточным веществом, богатым мукополисахаридами.

Наружный зернистый (ядерный) слой - образован ядрами фоторецепторов

Наружный сетчатый (ретикулярный) слой - отростки палочек и колбочек, биполярные клетки и горизонтальные клетки с синапсами. Является зоной между двумя бассейнами кровоснабжения сетчатки. Этот фактор является определяющим в локализации отёка, жидкого и твердого экссудата в наружном плексиформном слое.

Внутренний зернистый (ядерный) слой - образуют ядра нейронов первого порядка - биполярные клетки, а также ядра амакриновых (во внутренней части слоя), горизонтальных (в наружной части слоя) и клеток Мюллера (ядра последних лежат на любом уровне этого слоя).

Внутренний сетчатый (ретикулярный) слой - отделяет внутренний ядерный слой от слоя ганглиозных клеток и состоит из клубка сложно разветвляющихся и переплетающихся отростков нейронов.Линия синаптических связей, включающих ножку колбочки, палочковый конец и дендриты биполярных клеток образует среднюю пограничную мембрану, которая отделяет наружный плексиформный слой. Она отграничивает сосудистую внутреннюю часть сетчатки.Кнаружи от средней пограничной мембраны сетчатка лишена сосудов и зависима от хороидальной циркуляции кислорода и питательных веществ.

Слой ганглиозных мультиполярных клеток. Ганглиозные клетки сетчатки (нейроны второго порядка) располагаются во внутренних слоях сетчатки, толщина которого заметно уменьшается к периферии (вокруг фовеа слой ганглиозных клеток состоит из 5-ти или более клеток).

Слой волокон зрительного нерва. Слой состоит из аксонов ганглиозных клеток, образующих зрительный нерв.

Внутренняя пограничная пластинка (мембрана) самый внутренний слой сетчатки, прилегающий к стекловидному телу. Покрывает изнутри поверхность сетчатки. Он является основной мембраной, образованной основанием отростков нейроглиальных клеток Мюллера.

При метаболитческом синдроме отмечается, что почти все слои сетчатки подвергаются морфологическим изменениям. При этом из 10 слоев сетчатки особенно подвергнуты пигментный эпителиальный слой, фоторецепторный слой*, слой волокон зрительного нерва* и в*нутренняя пограничная пластинка* самый внутренний слой сетчатки, прилегающий к стекловидному телу в виде вакуолизации за счет гидропической дистрофии (рис 3). При этом отмечается дискомплексация клеток слоя пигментного эпителия, беспорядочное расположение, вакуолизация цитоплазмы пигментного эпителия, беспорядочное расположения ядерных структур. Тканево-клеточные элементы слоя волокон зрительного нерва и внутренной пограничной пластинки также подвергнуты вакуолизации и цитоплазматической гидропической дистрофии. Со стороны второго слоя наружных сегментарных фоторецепторов, палочек и колбочек отмечается нарушение расположения и структуры этих клеток с нарушением цилиндрической формы клеток и укорочением прессинаптических отростков. Объединение цитоплазмы фоторецепторных клеток плазмоцитарной мембраной нарушены и выпячивание дендридных соединений биполярных и горизонтальных клеток не определяется.

Наружный зернистый слой - образованный ядрами фоторецепторов несколько разрыхлен за счет небольшого отека межклеточного вещества. Хотя ядра данного зернистого слоя остается гиперхромными. При этом наружный сетчатый или ретикулярный слой подвергнут более выраженным изменениям, отростки палочек и колбочек, биполярные клетки и горизонтальные клетки с синапсами разрыхлены и нарушены нормальные гистотопографии волокнистых структур. Этот фактор является определяющим в локализации отёка, жидкого и твердого экссудата в наружном плексиформном слое. В следующем слое сетчатки *г*англиозные клетки сетчатки или нейроны второго порядка располагаются во внутренних слоях сетчатки, отмечается что толщина которого заметно уменьшается к периферии.В слое волокон зрительного нерва аксоны ганглиозных клеток, образующих зрительный нерв также разрыхлены за счет отека межклеточного вещества нервных волокон.

Выводы. Метаболический синдром сопровождается отеком, вакуолизацией почти всех слоев сетчатки, особенно выраженная гидропическая дистрофия межклеточного вещества развивается в слое пигментного эпителия, наружного слоя сегментарных фоторецепторов, слоя наружных зернистых клеток и слое ганглиозных мультиполярных клеток с нарушением гистотопографии, окрашиваемости ядерных структур.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ

Кутбидинов Фазлиддин

Актуальность. Лечение повышенного стирания зубов представляет собой непростую задачу для врача-стоматолога также представляет собой определённые трудности, связанные с нарушениями различных элементов жевательного аппарата. Повышенная стираемость вызывает нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, костной ткани и жевательных мышцах. Такие расстройства ещё больше усугубляют патологический процесс, затрудняя определение причинно-следственных связей и создание эффективных планов профилактики и лечения, позволяющих остановить повышенную стираемость. Традиционное ортопедическое лечение заключается в изготовлении накладок и коронок на стертые зубы. Наиболее консервативный метод ортопедического лечения- керамические ви- ниры с адгезивной фиксацией. Применение керамических виниров является дорогостоящим методом лечения, и при появлении трещин и переломов в отдаленные сроки керамические микропротезы не поддаются починке.

В последнее время в медицинской литературе много внимания уделяют терапевтическому методу лечения повышенного стирания зубов.

Цель: стандартизация подготовки к реставрации зубов с повышенным стиранием.

Материал и методы. Для стандартизации пространства между антагони- стом и зубом с повышенным стиранием нами предложено использовать шарик из композиционного материала заданного диаметра, закрепленный на проволо- ке. Пациентка Т. В., 66 лет, коронка зуба 21 стерта на 1/3 длины вестибулярной поверхности, стерт небный бугорок, обнажен заместительный дентин. Диагноз: повышенное стирание зуба 21 (патологическая стираемость, локализованная смешанная форма, II степень тяжести). Антагонисты- искусственные пласт- массовые зубы частичного съемного пластиночного протеза.

Лечение: Помимо ортопедического лечения, могут использоваться также медикаментозный метод, направленный на устранение гиперестезии и терапевтический метод, позволяющий восстановить утраченные твёрдые ткани с использованием композитных материалов. Метод достаточно эффективен, требует достаточных навыков стоматолога-терапевта и грамотной мотивации пациента для достижение эффективного динамического наблюдения. При лечении повышенной стираемости, осложнённой дефектами зубных рядов, используют мостовидные протезы. Принципы протезирования мостовидными протезами такие же, как вкладками и коронками, заключающиеся в эффективности использования литых металлических конструкций с керамической или пластмассовой облицовкой для восстановления эстетики. Эффективными являются также бюгельные протезы с окклюзионными накладками, не требующие препарирования опорных зубов. Иногда необходима коррекция зубов, заключающаяся в сошлифовывании острых краёв для исключения их сколов под давлением бюгельного протеза. Хирургическое лечение. При необходимости исправления деформаций зубных рядов могут прибегать к хирургическому лечению (коррекции альвеолярных отростков, удалении выдвинутых зубов), укорочению зубов и аппаратному методу.

Для устранения зубоальвеолярного удлинения применяют лечебно-накусочные пластинки, позволяющие за раз разобщить прикус до 2-х мм. По истечению 1-2 месяцев происходит адаптация к новой высоте прикуса и процесс повторяют до достижения необходимого результата. Также, при устранении патологической стираемости II и III степеней используют назубные каппы. Назубные каппы позволяют за раз разобщить прикус на высоту до 4-х мм за раз. В начале каппа используется как съёмный протез до полного привыкания к ней. Далее каппа фиксируется и пациента наблюдают в течении месяца, после чего, при необходимости, повышают высоту прикуса, при этом не забывая, что высота покоя должна быть на 2 мм больше новой окклюзионной высоты.

После восстановления высоты прикуса проводят протезирования. При наличии дефектов зубных рядов каппа укорачивается в области дефекта, и разобщённый в этом участке прикус позволяет провести протезирование. При отсутствии дефектов зубных рядов каппу укорачивают в области жевательной группы зубов и проводят их протезирования, удерживаю новую высоту на передних зубах.

Устранение дисфункций височно-нижнечелюстного сустава чаще начинают с восстановления высоты прикуса до физиологической нормы, после чего у большинства пациентов восстанавливаются дисфункции мышц и суставов. При наличии дистального смещения нижней челюсти применяют каппы, изготовленные так, чтобы устанавливать нижнюю челюсть в необходимое положение относительно верхней. При большом дистальном смещении (более 4-х мм) применяются каппы с наклонной плоскостью, позволяющие постепенно устранить смещение нижней челюсти.

Локализованная патологическая стираемость в большинстве случаев компенсируется локальной гипертрофией альвеолярного отростка и зубоальвеолярным удлинением, поэтому первый этап лечения локализованной патологической стираемости направлен на устранение деформации зубного ряда. Устранение зубоальвеолярного удлинения проводят с помощью каппы или накусочной пластинки на группу выдвинутых зубов. При невозможности использования аппаратного метода могут прибегать к хирургическому методу по удлинению коронковой части зуба и резекции части альвеолярного отростка. При выраженной стёртости зубов проводят их депульпирование и восстановление культевой части штифтовыми конструкциями. Так же депульпирование позволяет устранить гиперестезию, когда медикаментозное лечение оказывается неэффективным. После устранения выдвижения зубов приступают к протезированию. Для протезирования используют металлические, металлопластмассовые и металлокерамические вкладки и коронки, а также покрытие окклюзионных и нёбных поверхностей зубов литыми металлическими накладками для устранения дальнейшей стираемости. В области фронтальной группы зубов также применяется восстановление композитными реставрациями.

Результаты. При планировании реставраций необходимо ответить на следующие вопросы: «Имеется ли место для реставрации?» и «Достаточно ли места для выполнения реставрации?» «Как измерить пространство для реста раций?». Толщина реставрации должна быть не менее 1,5 мм. Для измерения величины пространства между антагонистамимы предлагаем использовать шарик из композиционного материала, закрепленный на проволоке. Расстояние между дистальным маргинальным гребнем и антагонистом составило менее 1,5 мм, поэтому было проведено препарирование этого участка коронки до тех пор, пока пространство не стало достаточным для выполнения реставрации.

Таким образом, предложено приспособление для измерения пространства между зубами-антагонистами при повышенном стирании зубов.

Заключение. Использование предложенного приспособления для изме- рения пространства между антагонистами позволяет стандартизировать подготовку зубов с повышенным стиранием к реставрации.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кучкаров Ш., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Респираторная поддержка – это механические методы или комплекс методов, предназначенных для частичного или полного протезирования системы внешнего дыхания. Основные методы респираторной поддержки можно разделить на две группы. Это искусственная и вспомогательная 60 вентиляция легких (ИВЛ и ВВЛ).

Цель исследования. Повышение эффективности лечения острой дыхательной недостаточности у больных тяжелой пневмонией и обострением хронической обструктивной болезни легких путем применения последовательной дифференцированной респираторной поддержки.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с острой гипоксемической дыхательной недостаточностью.

Результаты исследования. Применение последовательной дифференцированной респираторной поддержки у больных с острой дыхательной недостаточностью, обусловленной тяжелой пневмонией и обострением ХОБЛ, способствует улучшению оксигенации артериальной крови через 1-2 часа после начала лечения, уменьшению гиперкапнии у больных с обострением ХОБЛ на первые сутки лечения, уменьшению тахипноэ, тахикардии, компенсации респираторного алкалоза при тяжелой пневмонии и респираторного ацидоза при обострении ХОБЛ на третьи сутки лечения.

У больных тяжелой пневмонией, осложненной гипоксемической ОДН, применение схемы последовательной дифференцированной респираторной поддержки способствует снижению летальности на 30,5%, потребности в интубации трахеи на 26,6% по сравнению с традиционной технологией респираторной поддержки.

У больных с обострением ХОБЛ, осложненной гиперкапнической ОДН, применение схемы последовательной дифференцированной респираторной поддержки способствует снижению летальности на 24,3%, потребности в интубации трахеи на 28,2% и средней длительности стационарного лечения на 10,8 койко-дней по сравнению с традиционной технологией респираторной поддержки.

Предикторами неэффективности CPAP-терапии у больных с гипоксемической ОДН на фоне тяжелой пневмонии являются тяжесть состояния более 15 баллов по шкале APACHE II, потребность в уровне CPAP больше 7 см вод. ст., частота дыхательных движений более 35 дыханий/мин и Sa02 меньше 90% через 1-2 часа CPAP-терапии, Pa02 меньше 45 мм рт. ст. через одни сутки лечения.

Предикторами неэффективности неинвазивной вентиляции легких у больных с гиперкапнической ОДН на фоне обострения ХОБЛ являются уровень сознания по шкале Глазго менее 14 баллов, Fi02 больше

0,6 и давление поддержки больше 17 см вод. ст., частота дыхательных движений больше 30 дыханий/мин, Sa02 меньше 91% через 1-2 часа неинвазивной вентиляции легких, частота сердечных сокращений больше 105 ударов/мин, РаОг меньше 63 мм рт. ст., РаСОг больше 80 мм рт. ст., рН меньше 7,3, НСОз больше 40 ммоль/л через 1 сутки неинвазивной вентиляции легких.

Вывод. Разработанная схема последовательной дифференцированной респираторной поддержки, включающая контролируемую кислородотерапию, CPAP-терапию и инвазивную вентиляцию легких при тяжелой пневмонии, контролируемую кислородотерапию, неинвазивную вентиляцию легких и инвазивную вентиляцию легких при обострении хронической обструктивной болезни легких, а также методику поэтапного отлучения от респиратора, позволяет снизить летальность при данных заболеваниях, потребность в интубации трахеи, сократить сроки стационарного лечения, уменьшает выраженность острой дыхательной недостаточности.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кучкаров Ш., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Дыхательная недостаточность (ДН) — патологическое состояние, при котором или не обеспечивается поддержание нормального парциального напряжения кислорода и углекислого газа в артериальной крови, или оно достигается за счет усиленной работы дыхательной системы, что приводит к снижению функциональных возможностей организма. Синдром ДН необходимо устанавливать не только на основании клинических признаков. Требуется также исследование газового состава артериальной крови — парциального напряжения кислорода (ра О2) и углекислого газа (ра СО2), а также кислотно-основного состояния (КОС).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов ОРИТ с гипоксемической ОДН на основе оригинальной системы оценки параметров биомеханики респираторной системы для выбора параметров полностью принудительной и полностью вспомогательной ИВ Л.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с острой гипоксемической дыхательной недостаточностью.

Результаты исследования. При выборе эффективного и безопасного метода настройки уровня PEEP у пациентов с гипоксемической ОДН мы исследовали 4 метода:

эмпирический (до включения в протокол исследования) - уровень PEEP выбирал дежурный врач на основании максимального увеличения индекса SpO2/FiO2 в сочетании с отсутствием негативного влияния на гемодинамику (изменение АД и/или ЧСС более, чем на 20% от исходного, увеличение ЦВД более, чем на 50% от исходного, необходимость применения катехоламинов или увеличения их дозы);

по нижней точке перегиба статической петли «давление-объем» -уровень PEEP устанавливали на уровне 1-2 мбар выше этого значения;

по нулевому транспульмональному давлению на выдохе - уровень PEEP устанавливали равным давлению в пищеводе (суррогату плеврального давления) на выдохе;

по объёму выдыхаемого углекислого газа за минуту (VCO2) и за один выдох (VtCO2) - оценивали уровень PEEP, при котором происходило снижение выделения углекислого газа, то есть увеличение альвеолярного мертвого пространства, свидетельствующее о перераздувании уже открытых альвеол.

На первом этапе (до включения в протокол исследования) оценивали эмпирически настроенный дежурным врачом уровень PEEP, который составил 15 (12;18 мбар), распределение PEEP было далеко от «нормального».

Вторым этапом строили статическую петлю «давление-объем» методом малого потока и фиксировали величину нижней точки перегиба.

Величина нижней точки перегиба на статической петле «давление-объем» составила 5 (6;10) мбар (1 мбар=1 см вод.ст.) и не позволила использовать ее для оптимизации PEEP, так как у большинства пациентов была на уровне или ниже установленной до включения в исследование (минимум 3, максимум 16 мбар).

Следующим этапом измеряли давление в пищеводе на выдохе. Величина давления в пищеводе в конце выдоха составила 14 (12;18,25) мбар, минимум 2, максимум 24 мбар, при этом распределение было приближено к нормальному, в отличие от распределения нижней точки перегиба. Давление в пищеводе в конце выдоха было выше величины нижней точки перегиба у 54 пациентов (96,4%), и только у 2 пациентов - ниже.

Мы сравнили корреляционные связи между этими тремя величинами, на основании которых теоретически можно устанавливать уровень PEEP.

Вывод. У пациентов с ОРДС вследствие гриппа A(H1N1) выявлены оптимальные величины PEEP с точки зрения баланса между открытием альвеол и перераздуванием уже открытых альвеол на основании мониторинга ФОЕ и волюметрической капнографии.

Разработан алгоритм выбора параметров респираторной поддержки на основании анамнестических факторов (тип ОРДС, индекс массы тела, наличие внутрибрюшной гипертензии) томографической картины легких, параметров статической петли «давление-объем», данных транспульмонального давления, измерения ФОЕ и волюметрической капнографии.

Разработаны алгоритм и рекомендации по выбору оптимальных параметров настройки Pressure Support Ventilation с точки зрения оксигенации, рекрутабельности альвеол, ВАПЛ и возможного вентилятор-индуцированного повреждения диафрагмы на основании мониторинга трахеального и пищеводного давлений, а также динамических петель «трахеальное давление-объем» и «пищеводное давление-объем».

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ларичев А.Б., Кузьмин В.С.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы. На протяжении последних тридцати лет мы наблюдали, как благодаря широкому распространению классификации ACC/SCCM произошло существенное сближение точек зрения врачей разных стран на проблему диагностики сепсиса. Сама классификация претерпела значительные изменения. В последней редакции из диагностических критериев исключен синдром воспалительной реакции (SIRS) ввиду его избыточной чувствительности и недостаточной специфичности. Мы далеки от того, чтобы считать сочетание первичного очага и синдрома воспалительной реакции сепсисом, как это предлагалось в первой редакции классификации. Однако, забвение синдрома воспалительной реакции представляется нам нерациональным. Действительно, если критерии диагностики заболевания (с целью его лечения) должны быть адекватны по соотношению чувствительности и специфичности, то критерии отнесения к группе риска с целью предупреждения высоковероятной патологической сущности как раз и должны быть очень чувствительными, даже за счет снижения специфичности. Четкие критерии синдрома воспалительной реакции, в отличие от туманных понятий «токсико-резорбтивной лихорадки» и «предсепсиса», выделяют среди пациентов с острой гнойной хирургической инфекцией группу риска развития генерализации воспаления. Для его предупреждения лечебные мероприятия в отношении пациентов данной группы должны быть комплексными и интенсивными.

Цель исследования – оценить клиническую результативность комплексной профилактики генерализации воспаления у пациентов с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей с синдромом системной воспалительной реакции.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения и обследования 87 пациентов с острыми гнойными заболеваниями мягких тканей, у которых было не менее двух симптомов SIRS. В их лечении применяли комплекс мероприятий, центральное место в котором занимал метод вакуум-терапии [разрежение в системе от 0,1 до 0,15 атм. (76-115 мм рт. ст.), один сеанс в сутки с экспозицией в 60 минут, курс лечения – 3-4 сеанса]. Всем пациентам в комплекс лечебных мероприятий с целью детоксикации включали инфузионную терапию и стимуляцию диуреза. Контролировали клиническую картину, гемограмму, ежедневно измеряли уровень микроциркуляции лазерным допплерофлуориметром ЛАКК-1, на первые, пятые и девятые сутки лечения изучали активность тканевых дыхательных ферментов сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы гистохимическим методом, измеряли pH экссудата. При поступлении и на 6-7 сутки исследовали качественные параметры микробной флоры раны, с интервалом в 2 дня выполняли количественный микробный посев.

Результаты исследования. У пациентов на момент поступления в стационар состояние оценивалось как среднетяжелое. Температура более 38 градусов наблюдалась в 87,4% наблюдений. Тахикардия отмечена у 74,7% пациентов, а тахипноэ – у 60,9%. В периферической крови отмечался лейкоцитоз $[14,6\pm0,5]\times10^9$/л с нейтрофильным сдвигом влево до юных форм (74,7% пациентов). Содержание билирубина и мочевины в сыворотке крови приближалось к верхней границе нормы. Бактериальная обсемененность тканей стенок и дна раны на два порядка превышала «критический уровень», составляя $[8,2\pm0,4]\times10^7$ КОЕ на 1 см^2 раневой поверхности.

Исходный уровень микроциркуляции после хирургической обработки гнойного очага соответствовал 21,3±2,5 условных единиц. Сразу после сеанса вакуум-воздействия он возрастал в 1,5 раза ($p<0,05$) и сохранялся таким в течение 24 часов, что говорит о принудительном усилении капиллярного кровотока под слиянием разряжения. По завершении трехдневного курса вакуум-терапии искусственно повышенный уровень микроциркуляторного кровообращения стремительно уменьшался и уже к концу первой недели достигал "физиологической нормы".

На пятые сутки мы регистрировали явное повышение активности сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в тканях околораневой зоны ($p<0,05$). Отчетливым индикатором восстановления аэробного пути окисления было изменение pH раневого экссудата, величина которой сразу же после сеанса вакуум-терапии приобретала слабощелочную реакцию – 7,39±0,06 ($p<0,05$) и сохранялась на таком уровне до конца лечения. На фоне вакуум-терапии в ближайшие трое-четверо суток у большинства больных наблюдалась ликвидация интоксикационного синдрома. К концу первой недели у всех пациентов в ране появлялись активные грануляции, а число лейкоцитов в крови снижалось в 2 раза.

При микробиологическом исследовании нами установлено, что уже к пятым суткам у пациентов основной группы бактериальная обсемененность тканей очага инфекции снизилась до $[4,1±2,2]×10^3$ КОЕ на 1 $см^2$ поверхности раны. Качественный анализ мазков из раны свидетельствовал о том, что вид возбудителя в ходе лечения не менялся и сохранял исходный спектр чувствительности к антибиотикам. Отсюда логично заключение: применение вакуум-терапии быстро устраняет условия, делающие возможным суперинфицирование раны.

В течение второй недели лечения у пациентов исчезала анемия, до нормы снижалось количество лейкоцитов и процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов. В результате такого ускорения санационных процессов длительность лечения больных в стационаре составила 13,2±0,8 койко-дня. Появления признаков полиорганной дисфункции, свидетельствующей о генерализации воспаления ни в одном случае не отмечено.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при использовании вакуум-терапии в комплексном лечении острых гнойных заболеваний мягких тканей с синдромом системной реакции на воспаление наблюдается положительный многофакторный клинический эффект. Вакуум-терапия сама по себе обладает механическим антибактериальным эффектом за счет механического удаления гноя, некрозов и микроорганизмов. Кроме того, благодаря воздействию разряжения из интерстиция тканей околораневой зоны происходит принудительная эвакуация отечной жидкости, что восстанавливает кровоток и транскапиллярный обмен, способствуя повышению энергообеспеченности раневого процесса. В результате нормализуется кислотность в тканях очага, что неблагоприятно для роста и размножения части гноеродных микроорганизмов. Повышение активности локального кровотока способствует привлечению в зону воспаления дополнительного количества лейкоцитов, что ускоряет процесс очищения в зоне воспаления. Это избавляет пациента и медперсонал от необходимости выполнения повторных операций, приводит к скорейшему снижению микробной обсемененности раны, повышению клинической эффективности комплексного антисептического воздействия на очаг и, в конечном итоге, к предупреждению распространения и генерализации воспалительного процесса и сокращению сроков стационарного лечения.

Выводы. Наличие гнойного очага и синдрома воспалительной реакции целесообразно рассматривать как критерий возможной генерализации воспаления. Выделение подобной группы риска среди пациентов с острой гнойной инфекцией мягких тканей повышает клиническую эффективность лечения данной патологии за счет предупреждения данного осложнения. Целенаправленное назначение комплексного лечения экономит труд медработников и ресурсы медицинского учреждения. При использовании вакуум-терапии в комплексном лечении наблюдается положительный эффект, в основе которого лежит усиление местного кровотока, приводящее к нормализации обменных процессов, скорейшему очищению раны, позитивным изменениям в локальной симптоматике, и как следствие – к устранению причины как синдрома системной реакции на воспаление, так и потенциального источника генерализации воспалительного процесса.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОКТРЕОТИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА

Ларичев А.Б., Ефремов К.Н., Габибов И.К.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы. Хирургическая операция на органах брюшной полости часто сопряжена с рядом рисков, связанных с манипуляциями по поводу нарушения целости стенки кишки. Данное обстоятельство чревато возникновением несостоятельности кишечного шва и других осложнений в виде послеоперационного перитонита или интестинальной фистулы. Подобные проблемы существенно отягощают лечебный процесс в целом, сокращая перспективы выздоровления, поскольку при этом значительно возрастает риск летального исхода. Вероятность несостоятельности шва увеличивается при его наложении в условиях измененной кишечной стенки, которые встречаются при перитоните. В этом случае наличие ряда отягощающих факторов, таких как воспаление тканей, внутристеночное нарушение кровоснабжения, повышение интралюминарного давления в кишечнике, гипопротеинемия, значительно снижает жизнеспособность стенки кишечника. Для создания оптимальных условий заживления кишечного шва используют аппаратное формирования межкишечных анастомозов и клеящие субстанции, новинки шовного материала и прецизионную технику, периоперационную антибиотикопрофилактику и

лазеромагнитотерапию зоны анастомозов. Однако реализация задуманного посредством перечисленного не достигает желаемого эффекта, что побуждает заниматься поиском иных технологий, направленных на решение рассматриваемой проблемы ургентной абдоминальной хирургии.

Цель исследования: оценить эффективность октреотида в профилактике несостоятельности кишечного шва.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты оперативного лечения 180 пациентов, находящихся в хирургическом отделении ГБКУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А. Семашко» по поводу экстренной абдоминальной патологии. Преобладали мужчины – 104 человека (57,8%), средний возраст больных составил 52,1±2,3 года. Критерии включения: повреждение тонкой кишки в результате её травмы, спаечная непроходимость, ущемлённая грыжа, которые сопровождались резекцией петли кишки или перитонизацией травмированного участка интенстинальной стенки. Из исследования исключены клинические ситуации с высоким риском несостоятельности кишечного шва после операции по поводу острого нарушения мезентерального кровообращения, панкреонекроза, обтурационной непроходимости раковой этиологии. Группа сравнения была представлена 145 пациентами, у которых с целью предупреждения несостоятельности кишечного шва применяли традиционные профилактические мероприятия, такие как декомпрессия желудочно-кишечного тракта путём назогастроинтенстинальной интубации, антибактериальная терапия (цефтриаксон – 1,0 × 2 раза в сутки внутримышечно, метрогил – 100 мл × 3 раза в сутки внутривенно) и использование других медикаментозных средств, детоксикационной и противовоспалительной направленности. Основная группа состояла из 35 больных, у которых помимо вышеперечисленного комплекса лечебно-профилактических мер применяли октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки подкожно в течение 7-10 дней. Обе группы не имели статистически значимой разницы по половому и возрастному составу, а также по патологии, которая служила критерием включения и исключения пациентов в данное исследование ($p>0,05$).

Результаты и их обсуждение. Анализ течения послеоперационного периода показал, что на фоне традиционного комплекса профилактических мероприятий в 55 наблюдениях (37,9%) имел место перитонит в двух вариантах его развития. Первый – острый, при котором в ближайшие 3-5 суток после операции развивалась и стремительно нарастала клиника распространенного воспаления брюшной полости. Подобная ситуация возникла у 17 пациентов, и им выполнена экстренная релапаротомия, в ходе которой выявлена несостоятельность кишечного шва. В остальных 38 случаях была диагностирована так называемая кумулятивная форма послеоперационного перитонита, когда на фоне сохраняющихся явлений энтеральной недостаточности происходит постепенное (на протяжении нескольких суток) нарастание дисфункции витальных органов и систем с прогрессивным ухудшением состояния пациента в соответствии с принципом накопления (кумуляции) симптоматики. Причиной тому служила несостоятельность кишечного шва с формированием вокруг этой зоны рыхлого инфильтрата. В основной группе на фоне применения октреотида неблагополучие со стороны абдоминальной сферы возникло у 6 пациентов (17,1%), у трех из которых выявлена острая форма послеоперационного перитонита, что послужило показанием к производству экстренной релапаротомии. Причиной подобного исхода явилась несостоятельность кишечного шва.

На наш взгляд, наблюдаемые положительные клинические эффекты на фоне приёма октреотида обусловлены тем, что он, как синтетический аналог соматостатина, непосредственно участвует в процессах гормонального регулирования работы желудочно-кишечного тракта. При этом подавляется секреция соляной кислоты, пепсина и гастрина в желудке, угнетается экзо- и эндокринная функция поджелудочной железы, моторная активность желудочно-кишечного тракта, уменьшается портальный кровоток, а также снижается секреция желчи и выработка кишечного «сока». Не лишним будет упомянуть иммуномодулирующее и цитопротективное действие препарата.

Выводы. Несостоятельность кишечного шва является нередким осложнением абдоминальных оперативных вмешательств. В условиях повышенного риска её возникновения традиционные технологии сопровождаются появлением подобных проблем в каждом третьем наблюдении. Применение октреотида в составе комплексной терапии, направленной на профилактику данного осложнения, позволяет снизить его частоту в 2,2 раза, а летальность – в 1,9 раза. При этом существенно уменьшается необходимость повторных операций. Совокупность перечисленного определяет обоснованность и клиническую целесообразность назначения антисекреторной терапии в качестве эффективного средства предупреждения несостоятельности тонкокишечного шва.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Ларичев А.Б., Васильев А.А., Слободская Н.А., Смирнова А.В., Комлев В.Л.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. При обширном хирургическом вмешательстве на молочной железе по поводу онкопатологии существует риск возникновения раневых осложнений. В их числе первое место занимает лимфоцеле – скопление лимфатической жидкости в так называемом «мёртвом пространстве» под кожными лоскутами в подмышечной области, а также серома и нагноение раны в качестве типичного проявления раневой инфекции, частота встречаемости которых достигает 25-81% оперированных больных. Чаще всего наблюдается их сочетание в силу патофизиологических особенностей процессов, происходящих в зоне послеоперационной раны. Именно это обстоятельство определяет необходимость проведения мероприятий, направленных на профилактику указанных осложнений. В хирургической практике наибольшей популярностью пользуются препараты из группы цефалоспоринов. Примечательно, что эффект антибиотика определяется созданием достаточной концентрации лекарственного средства в очаге воспаления. Представляется идеальным иметь информацию об этом в режиме on line и учитывать её в процессе лечения. Для того, чтобы подобные идеи оказались реальными, требуется не так и много – надо только иметь возможность определять количественные и качественные характеристики антибиотика в биологических средах

Цель – объективизировать определение цефтриаксона в тканях операционного поля при его использовании в качестве средства профилактики раневой инфекции во время хирургического вмешательства на молочной железе.

Материалы и методы. Анализированы результаты исследования концентрации цефтриаксона у 10 пациенток, лечившихся в Ярославской областной клинической онкологической больнице по поводу доброкачественного новообразования молочной железы. Больным за 20 минут до операции однократно внутривенно вводили 1 г цефтриаксона. Отбор тканей из зоны хирургического вмешательства (кожа, подкожная клетчатка, фасция) осуществляли на 50 и 80 минуте (в конце операции) после введения антибиотика. Исследуемая навеска не превышала 0,1 г ткани. Последующую пробоподготовку, идентификацию и количественное определение исследуемого препарата проводили в условиях межкафедральной лаборатории аналитических методов исследования согласно методикам, разработанным на модельных биологических смесях.

Идентификацию цефтриаксона осуществляли на электрофореграмме по времени миграции аналита (tm) в минутах. Для повторного анализа тканевого извлечения добавляли 1 мкг цефтриаксона, и на электрофореграмме наблюдали рост пика, который соответствовал данному антибиотику. В конечном счёте, идентификация цефтриаксона в селективных условиях при минимальном количестве исследуемого объекта позволяла уменьшить содержание соэкстрактивных веществ в пробах, что в сочетании с приёмом стекинга при электрофорезе обеспечивало высокую чувствительность методики. Электрофорез на бумаге проводили с помощью прибора «ПВЭФ-1». Верификацию и количественное определение цефтриаксона в биологических объектах осуществляли в соответствии с разработанной нами оригинальной методикой с помощью системы капиллярного электрофореза «Капель – 105М» (ООО «Люмекс-маркетинг», Россия) со встроенным УФ-детектором.

Результаты и их обсуждение. По нашим данным, через 50 минут после введения цефтриаксона или на 30 минуте от начала операции в разных тканях области хирургического вмешательства распределение исследуемого антибактериального препарата имело разнонаправленный характер, и различие в его содержании носило достоверную значимость. Так, концентрация цефтриаксона в коже была максимальной и находилась в пределах 20,98±0,65 мкг / 0,1 г. Несколько ниже уровень исследуемого антибиотика отмечался в фасции – 18,61±0,59 мкг / 0,1 г. Указанные величины не имели статистически значимых отличий ($p>0,05$). Из подобного единообразия выходили цифровые показатели, характеризующие содержание цефтриаксона в подкожной жировой клетчатке. В данном случае проникающая способность антибиотика на стартовом этапе исследования оказалось почти в 2 раза ниже – 11,21±0,48 мкг / 0,1 г ($p<0,05$), чем в других пробах, взятых на 30 минуте от начала оперативного пособия.

К концу операции происходило уменьшение содержания цефтриаксона в коже – до 13,93±0,48 мкг / 0,1 г, которое носило статистически достоверную динамику ($p<0,05$). Аналогичной было и изменение концентрации антибиотика в тканях фасциальных образований, которая сокращалась до 12,75±0,68 мкг / 0,1 г. В отличии от этого, как свидетельствуют наши данные, в подкожной жировой клетчатке наблюдалось наиболее устойчивое содержание цефтриаксона. Справедливости ради стоит заметить, что оно было минимальным по сравнению с другими тканевыми структурами в зоне оперативного вмешательства. Однако его концентрация была существенно великой – в пределах 11,30±0,61 мкг / 0,1 г ($p>0,05$).

Оценивая представленные особенности распределения цефтриаксона в различных биологических средах, следует заметить, что на начальном этапе исследования содержание данного антибиотика,

используемого в качестве средства периоперационной антибиотикопрофилактики при хирургическом лечении онкопатологии молочной железы, в подкожно-жировой клетчатке является самой низкой. Вместе с тем та самая минимальная концентрация антибиотика в поверхностном клетчаточном пространстве сохраняется до конца оперативного пособия. Данное обстоятельство исключительно важно с точки зрения клинициста, поскольку именно подкожная клетчатка оказывается наиболее «слабым» местом в ране, где имеется наибольшая вероятность развития инфекционно-воспалительных проблем. В то же время именно в этой ткани содержание цефтриаксона является наиболее устойчивым, что с высокой долей вероятности определяет хорошую клиническую результативность заживления раны, когда, по нашим данным, развитие раневой инфекции сводится к минимуму – 1,54%.

Выводы. С помощью разработанной методики анализа цефтриаксона на базе капиллярного электрофореза («Капель 105М») доказано, что внутривенно введённый за 20 минут до операции антибиотик эффективно пенетрирует во все ткани операционного поля и определяется в них спустя 60 минут. Наибольшая концентрация цефтриаксона приходится на кожу и фасцию, минимальное же содержание антибиотика наблюдается в подкожной клетчатке, однако этого явно достаточно для того, чтобы обеспечить надёжную протекцию зоны оперативного вмешательства от развития раневой инфекции. Представляется логичным и то, что разработанный метод капиллярного электрофореза позволяет объективно контролировать содержание цефтриаксона в биологических объектах. Полученная же информация объясняет превентивную ценность использования этого антибиотика в качестве средства периоперационной антибиотикопрофилактики при оперативном лечении новообразований молочной железы.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ларичев А.Б., Кузьмин В.С.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы. На протяжении последних тридцати лет мы наблюдали, как благодаря широкому распространению классификации ACC/SCCM произошло существенное сближение точек зрения врачей разных стран на проблему диагностики сепсиса. Сама классификация претерпела значительные изменения. В последней редакции из диагностических критериев исключен синдром воспалительной реакции (SIRS) ввиду его избыточной чувствительности и недостаточной специфичности. Мы далеки от того, чтобы считать сочетание первичного очага и синдрома воспалительной реакции сепсисом, как это предлагалось в первой редакции классификации. Однако, забвение синдрома воспалительной реакции представляется нам нерациональным. Действительно, если критерии диагностики заболевания (с целью его лечения) должны быть адекватны по соотношению чувствительности и специфичности, то критерии отнесения к группе риска с целью предупреждения высоковероятной патологической сущности как раз и должны быть очень чувствительными, даже за счет снижения специфичности. Четкие критерии синдрома воспалительной реакции, в отличие от туманных понятий «токсико-резорбтивной лихорадки» и «предсепсиса», выделяют среди пациентов с острой гнойной хирургической инфекцией группу риска развития генерализации воспаления. Для его предупреждения лечебные мероприятия в отношении пациентов данной группы должны быть комплексными и интенсивными.

Цель исследования – оценить клиническую результативность комплексной профилактики генерализации воспаления у пациентов с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей с синдромом системной воспалительной реакции.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения и обследования 87 пациентов с острыми гнойными заболеваниями мягких тканей, у которых было не менее двух симптомов SIRS. В их лечении применяли комплекс мероприятий, центральное место в котором занимал метод вакуум-терапии [разрежение в системе от 0,1 до 0,15 атм. (76-115 мм рт. ст.), один сеанс в сутки с экспозицией в 60 минут, курс лечения – 3-4 сеанса]. Всем пациентам в комплекс лечебных мероприятий с целью детоксикации включали инфузионную терапию и стимуляцию диуреза. Контролировали клиническую картину, гемограмму, ежедневно измеряли уровень микроциркуляции лазерным допплерофлуориметром ЛАКК-1, на первые, пятые и девятые сутки лечения изучали активность тканевых дыхательных ферментов сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы гистохимическим методом, измеряли pH экссудата. При поступлении и на 6-7 сутки исследовали качественные параметры микробной флоры раны, с интервалом в 2 дня выполняли количественный микробный посев.

Результаты исследования. У пациентов на момент поступления в стационар состояние оценивалось как среднетяжелое. Температура более 38 градусов наблюдалась в 87,4% наблюдений. Тахикардия отмечена у 74,7% пациентов, а тахипноэ – у 60,9%. В периферической крови отмечался лейкоцитоз [14,6±0,5]×10^9/л с нейтрофильным сдвигом влево до юных форм (74,7% пациентов). Содержание билирубина и мочевины в сыворотке крови приближалось к верхней границе нормы. Бактериальная обсемененность тканей стенок и

дна раны на два порядка превышала «критический уровень», составляя [8,2±0,4]×10^7 КОЕ на 1 $см^2$ раневой поверхности.

Исходный уровень микроциркуляции после хирургической обработки гнойного очага соответствовал 21,3±2,5 условных единиц. Сразу после сеанса вакуум-воздействия он возрастал в 1,5 раза ($p<0,05$) и сохранялся таким в течение 24 часов, что говорит о принудительном усилении капиллярного кровотока под слиянием разряжения. По завершении трехдневного курса вакуум-терапии искусственно повышенный уровень микроциркуляторного кровообращения стремительно уменьшался и уже к концу первой недели достигал "физиологической нормы".

На пятые сутки мы регистрировали явное повышение активности сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы в тканях околораневой зоны ($p<0,05$). Отчетливым индикатором восстановления аэробного пути окисления было изменение pH раневого экссудата, величина которой сразу же после сеанса вакуум-терапии приобретала слабощелочную реакцию – 7,39±0,06 ($p<0,05$) и сохранялась на таком уровне до конца лечения. На фоне вакуум-терапии в ближайшие трое-четверо суток у большинства больных наблюдалась ликвидация интоксикационного синдрома. К концу первой недели у всех пациентов в ране появлялись активные грануляции, а число лейкоцитов в крови снижалось в 2 раза.

При микробиологическом исследовании нами установлено, что уже к пятым суткам у пациентов основной группы бактериальная обсемененность тканей очага инфекции снизилась до [4,1±2,2]×10^3 КОЕ на 1 $см^2$ поверхности раны. Качественный анализ мазков из раны свидетельствовал о том, что вид возбудителя в ходе лечения не менялся и сохранял исходный спектр чувствительности к антибиотикам. Отсюда логично заключение: применение вакуум-терапии быстро устраняет условия, делающие возможным суперинфицирование раны.

В течение второй недели лечения у пациентов исчезала анемия, до нормы снижалось количество лейкоцитов и процентное содержание палочкоядерных нейтрофилов. В результате такого ускорения санационных процессов длительность лечения больных в стационаре составила 13,2±0,8 койко-дня. Появления признаков полиорганной дисфункции, свидетельствующей о генерализации воспаления ни в одном случае не отмечено.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при использовании вакуум-терапии в комплексном лечении острых гнойных заболеваний мягких тканей с синдромом системной реакции на воспаление наблюдается положительный многофакторный клинический эффект. Вакуум-терапия сама по себе обладает механическим антибактериальным эффектом за счет механического удаления гноя, некрозов и микроорганизмов. Кроме того, благодаря воздействию разряжения из интерстиция тканей околораневой зоны происходит принудительная эвакуация отечной жидкости, что восстанавливает кровоток и транскапиллярный обмен, способствуя повышению энергообеспеченности раневого процесса. В результате нормализуется кислотность в тканях очага, что неблагоприятно для роста и размножения части гноеродных микроорганизмов. Повышение активности локального кровотока способствует привлечению в зону воспаления дополнительного количества лейкоцитов, что ускоряет процесс очищения в зоне воспаления. Это избавляет пациента и медперсонал от необходимости выполнения повторных операций, приводит к скорейшему снижению микробной обсемененности раны, повышению клинической эффективности комплексного антисептического воздействия на очаг и, в конечном итоге, к предупреждению распространения и генерализации воспалительного процесса и сокращению сроков стационарного лечения.

Выводы. Наличие гнойного очага и синдрома воспалительной реакции целесообразно рассматривать как критерий возможной генерализации воспаления. Выделение подобной группы риска среди пациентов с острой гнойной инфекцией мягких тканей повышает клиническую эффективность лечения данной патологии за счет предупреждения данного осложнения. Целенаправленное назначение комплексного лечения экономит труд медработников и ресурсы медицинского учреждения. При использовании вакуум-терапии в комплексном лечении наблюдается положительный эффект, в основе которого лежит усиление местного кровотока, приводящее к нормализации обменных процессов, скорейшему очищению раны, позитивным изменениям в локальной симптоматике, и как следствие – к устранению причины как синдрома системной реакции на воспаление, так и потенциального источника генерализации воспалительного процесса.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОКТРЕОТИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА

Ларичев А.Б., Ефремов К.Н., Габибов И.К.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы. Хирургическая операция на органах брюшной полости часто сопряжена с рядом рисков, связанных с манипуляциями по поводу нарушения целости стенки кишки. Данное обстоятельство чревато возникновением несостоятельности кишечного шва и других осложнений в виде послеоперационного перитонита или интестинальной фистулы. Подобные проблемы существенно

отягощают лечебный процесс в целом, сокращая перспективы выздоровления, поскольку при этом значительно возрастает риск летального исхода. Вероятность несостоятельности шва увеличивается при его наложении в условиях измененной кишечной стенки, которые встречаются при перитоните. В этом случае наличие ряда отягощающих факторов, таких как воспаление тканей, внутристеночное нарушение кровоснабжения, повышение интралюминарного давления в кишечнике, гипопротеинемия, значительно снижает жизнеспособность стенки кишечника. Для создания оптимальных условий заживления кишечного шва используют аппаратное формирования межкишечных анастомозов и клеящие субстанции, новинки шовного материала и прецизионную технику, периоперационную антибиотикопрофилактику и лазеромагнитотерапию зоны анастомозов. Однако реализация задуманного посредством перечисленного не достигает желаемого эффекта, что побуждает заниматься поиском иных технологий, направленных на решение рассматриваемой проблемы ургентной абдоминальной хирургии.

Цель исследования: оценить эффективность октреотида в профилактике несостоятельности кишечного шва.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты оперативного лечения 180 пациентов, находящихся в хирургическом отделении ГБКУЗ ЯО «Городская больница им. Н.А. Семашко» по поводу экстренной абдоминальной патологии. Преобладали мужчины – 104 человека (57,8%), средний возраст больных составил 52,1±2,3 года. Критерии включения: повреждение тонкой кишки в результате её травмы, спаечная непроходимость, ущемлённая грыжа, которые сопровождались резекцией петли кишки или перитонизацией травмированного участка интенстинальной стенки. Из исследования исключены клинические ситуации с высоким риском несостоятельности кишечного шва после операции по поводу острого нарушения мезентерального кровообращения, панкреонекроза, обтурационной непроходимости раковой этиологии. Группа сравнения была представлена 145 пациентами, у которых с целью предупреждения несостоятельности кишечного шва применяли традиционные профилактические мероприятия, такие как декомпрессия желудочно-кишечного тракта путём назогастроинтенстинальной интубации, антибактериальная терапия (цефтриаксон – 1,0 × 2 раза в сутки внутримышечно, метрогил – 100 мл × 3 раза в сутки внутривенно) и использование других медикаментозных средств, детоксикационной и противовоспалительной направленности. Основная группа состояла из 35 больных, у которых помимо вышеперечисленного комплекса лечебно-профилактических мер применяли октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки подкожно в течение 7-10 дней. Обе группы не имели статистически значимой разницы по половому и возрастному составу, а также по патологии, которая служила критерием включения и исключения пациентов в данное исследование ($p>0,05$).

Результаты и их обсуждение. Анализ течения послеоперационного периода показал, что на фоне традиционного комплекса профилактических мероприятий в 55 наблюдениях (37,9%) имел место перитонит в двух вариантах его развития. Первый – острый, при котором в ближайшие 3-5 суток после операции развивалась и стремительно нарастала клиника распространенного воспаления брюшной полости. Подобная ситуация возникла у 17 пациентов, и им выполнена экстренная релапаротомия, в ходе которой выявлена несостоятельность кишечного шва. В остальных 38 случаях была диагностирована так называемая кумулятивная форма послеоперационного перитонита, когда на фоне сохраняющихся явлений энтеральной недостаточности происходит постепенное (на протяжении нескольких суток) нарастание дисфункции витальных органов и систем с прогрессивным ухудшением состояния пациента в соответствии с принципом накопления (кумуляции) симптоматики. Причиной тому служила несостоятельность кишечного шва с формированием вокруг этой зоны рыхлого инфильтрата. В основной группе на фоне применения октреотида неблагополучие со стороны абдоминальной сферы возникло у 6 пациентов (17,1%), у трех из которых выявлена острая форма послеоперационного перитонита, что послужило показанием к производству экстренной релапаротомии. Причиной подобного исхода явилась несостоятельность кишечного шва.

На наш взгляд, наблюдаемые положительные клинические эффекты на фоне приёма октреотида обусловлены тем, что он, как синтетический аналог соматостатина, непосредственно участвует в процессах гормонального регулирования работы желудочно-кишечного тракта. При этом подавляется секреция соляной кислоты, пепсина и гастрина в желудке, угнетается экзо- и эндокринная функция поджелудочной железы, моторная активность желудочно-кишечного тракта, уменьшается портальный кровоток, а также снижается секреция желчи и выработка кишечного «сока». Не лишним будет упомянуть иммуномодулирующее и цитопротективное действие препарата.

Выводы. Несостоятельность кишечного шва является нередким осложнением абдоминальных оперативных вмешательств. В условиях повышенного риска её возникновения традиционные технологии сопровождаются появлением подобных проблем в каждом третьем наблюдении. Применение октреотида в составе комплексной терапии, направленной на профилактику данного осложнения, позволяет снизить его частоту в 2,2 раза, а летальность – в 1,9 раза. При этом существенно уменьшается необходимость повторных операций. Совокупность перечисленного определяет обоснованность и клиническую целесообразность назначения антисекреторной терапии в качестве эффективного средства предупреждения несостоятельности тонкокишечного шва.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Ларичев А.Б., Васильев А.А., Слободская Н.А., Смирнова А.В., Комлев В.Л.
Ярославский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. При обширном хирургическом вмешательстве на молочной железе по поводу онкопатологии существует риск возникновения раневых осложнений. В их числе первое место занимает лимфоцеле – скопление лимфатической жидкости в так называемом «мёртвом пространстве» под кожными лоскутами в подмышечной области, а также серома и нагноение раны в качестве типичного проявления раневой инфекции, частота встречаемости которых достигает 25-81% оперированных больных. Чаще всего наблюдается их сочетание в силу патофизиологических особенностей процессов, происходящих в зоне послеоперационной раны. Именно это обстоятельство определяет необходимость проведения мероприятий, направленных на профилактику указанных осложнений. В хирургической практике наибольшей популярностью пользуются препараты из группы цефалоспоринов. Примечательно, что эффект антибиотика определяется созданием достаточной концентрации лекарственного средства в очаге воспаления. Представляется идеальным иметь информацию об этом в режиме on line и учитывать её в процессе лечения. Для того, чтобы подобные идеи оказались реальными, требуется не так и много – надо только иметь возможность определять количественные и качественные характеристики антибиотика в биологических средах

Цель – объективизировать определение цефтриаксона в тканях операционного поля при его использовании в качестве средства профилактики раневой инфекции во время хирургического вмешательства на молочной железе.

Материалы и методы. Анализированы результаты исследования концентрации цефтриаксона у 10 пациенток, лечившихся в Ярославской областной клинической онкологической больнице по поводу доброкачественного новообразования молочной железы. Больным за 20 минут до операции однократно внутривенно вводили 1 г цефтриаксона. Отбор тканей из зоны хирургического вмешательства (кожа, подкожная клетчатка, фасция) осуществляли на 50 и 80 минуте (в конце операции) после введения антибиотика. Исследуемая навеска не превышала 0,1 г ткани. Последующую пробоподготовку, идентификацию и количественное определение исследуемого препарата проводили в условиях межкафедральной лаборатории аналитических методов исследования согласно методикам, разработанным на модельных биологических смесях.

Идентификацию цефтриаксона осуществляли на электрофореграмме по времени миграции аналита (tm) в минутах. Для повторного анализа тканевого извлечения добавляли 1 мкг цефтриаксона, и на электрофореграмме наблюдали рост пика, который соответствовал данному антибиотику. В конечном счёте, идентификация цефтриаксона в селективных условиях при минимальном количестве исследуемого объекта позволяла уменьшить содержание соэкстрактивных веществ в пробах, что в сочетании с приёмом стекинга при электрофорезе обеспечивало высокую чувствительность методики. Электрофорез на бумаге проводили с помощью прибора «ПВЭФ-1». Верификацию и количественное определение цефтриаксона в биологических объектах осуществляли в соответствии с разработанной нами оригинальной методикой с помощью системы капиллярного электрофореза «Капель – 105М» (ООО «Люмекс-маркетинг», Россия) со встроенным УФ-детектором.

Результаты и их обсуждение. По нашим данным, через 50 минут после введения цефтриаксона или на 30 минуте от начала операции в разных тканях области хирургического вмешательства распределение исследуемого антибактериального препарата имело разнонаправленный характер, и различие в его содержании носило достоверную значимость. Так, концентрация цефтриаксона в коже была максимальной и находилась в пределах 20,98±0,65 мкг / 0,1 г. Несколько ниже уровень исследуемого антибиотика отмечался в фасции – 18,61±0,59 мкг / 0,1 г. Указанные величины не имели статистически значимых отличий ($p>0,05$). Из подобного единообразия выходили цифровые показатели, характеризующие содержание цефтриаксона в подкожной жировой клетчатке. В данном случае проникающая способность антибиотика на стартовом этапе исследования оказалось почти в 2 раза ниже – 11,21±0,48 мкг / 0,1 г ($p<0,05$), чем в других пробах, взятых на 30 минуте от начала оперативного пособия.

К концу операции происходило уменьшение содержания цефтриаксона в коже – до 13,93±0,48 мкг / 0,1 г, которое носило статистически достоверную динамику ($p<0,05$). Аналогичной было и изменение концентрации антибиотика в тканях фасциальных образований, которая сокращалась до 12,75±0,68 мкг / 0,1 г. В отличии от этого, как свидетельствуют наши данные, в подкожной жировой клетчатке наблюдалось наиболее устойчивое содержание цефтриаксона. Справедливости ради стоит заметить, что оно было минимальным по сравнению с другими тканевыми структурами в зоне оперативного вмешательства. Однако его концентрация была существенно великой – в пределах 11,30±0,61 мкг / 0,1 г ($p>0,05$).

Оценивая представленные особенности распределения цефтриаксона в различных биологических средах, следует заметить, что на начальном этапе исследования содержание данного антибиотика,

используемого в качестве средства периоперационной антибиотикопрофилактики при хирургическом лечении онкопатологии молочной железы, в подкожно-жировой клетчатке является самой низкой. Вместе с тем та самая минимальная концентрация антибиотика в поверхностном клетчаточном пространстве сохраняется до конца оперативного пособия. Данное обстоятельство исключительно важно с точки зрения клинициста, поскольку именно подкожная клетчатка оказывается наиболее «слабым» местом в ране, где имеется наибольшая вероятность развития инфекционно-воспалительных проблем. В то же время именно в этой ткани содержание цефтриаксона является наиболее устойчивым, что с высокой долей вероятности определяет хорошую клиническую результативность заживления раны, когда, по нашим данным, развитие раневой инфекции сводится к минимуму – 1,54%.

Выводы. С помощью разработанной методики анализа цефтриаксона на базе капиллярного электрофореза («Капель 105М») доказано, что внутривенно введённый за 20 минут до операции антибиотик эффективно пенетрирует во все ткани операционного поля и определяется в них спустя 60 минут. Наибольшая концентрация цефтриаксона приходится на кожу и фасцию, минимальное же содержание антибиотика наблюдается в подкожной клетчатке, однако этого явно достаточно для того, чтобы обеспечить надёжную протекцию зоны оперативного вмешательства от развития раневой инфекции. Представляется логичным и то, что разработанный метод капиллярного электрофореза позволяет объективно контролировать содержание цефтриаксона в биологических объектах. Полученная же информация объясняет превентивную ценность использования этого антибиотика в качестве средства периоперационной антибиотикопрофилактики при оперативном лечении новообразований молочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Лутфуллаев А.Х, Ражапов Н.А, Кодиров Р.С
Ташкентский областной филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи, Ташкентский Педиатрический Медийинский Институт, Узбекистан

Актуальность: Внутрисуставные переломы дистального отдела бедренной кости – тяжелая травма коленного сустава. Вопросам диагностики и лечения посвящено значительное число отечественных и зарубежных работ. Переломы дистального эпиметафиза бедренной кости встречаются у 2-5% пострадавших с переломами костей опорно-двигательного аппарата. По данным различных авторов повреждения дистального отдела бедренной кости составляют 9-22% всех переломов нижней конечности. Внутрисуставные переломы костей коленного сустава составляет 20-23% всех внутрисуставных переломов.

Составляя незначительную часть среди пострадавших с повреждением опорно- двигательного аппарата, эти пациенты, тем не менее, требуют особого внимания и окозания квалифицированной медицинской помощи. Это обусловлено как высокой трудовой активностью больных - большинство из них находится в трудоспособном возрасте так и значительным числом неудовлетворительных исходов лечения 10-60%.

Использование классических методов диагностики (клинического и рентгенологического) в некоторых случаях не позволяет получить достаточную информацию о характере перелома дистального отдела бедренной кости.

Консервативное лечение гипсовыми повязками или методом скелетного вытяжения не позволяет достичь точного восстановления анатомии дистального отдела бедренной кости.

Конгруэнтности суставных поверхностей, стабильной фиксации отломков, начать раннее восстановление движений в коленном суставе, нередко приводят ко вторичному смещению отломков и удлинению сроков реабилитации. Длительное обездвижение коленного сустава приводит к атрофии мышц нижней конечности, развитию контрактуру. Использование аппаратов внешней фиксации имеет преимущества по сравнению с вышеперечисленными методами лечения, но репозиционные возможности также ограничены и нередко авторы прибегают к открытой репозиции отломков, используя тот или иной операционный доступ.

С появлением в арсенале травматолога современных методов диагностики, совершенствованием методов оперативного лечения, возможностью использования современных металлофиксаторов для погружного остеосинтеза и развитием методов профилактики инфекционных осложнений, появились перспективы улучшения исходов лечения пациентов с внутрисуставными переломами дистального отдела бедренной кости.

Цель и задачи исследования. Целью исследования является разработка комплексной системы лечебной помощи больным с внутрисуставными переломами дистального отдела бедренной кости с учетом их особенностей, направленной на улучшение исходов лечения и повышения качества жизни и оптимизация метода остеосинтеза при переломов дистального отдела бедренной кости. В основу исследования положен опыт лечения 47 больных с внутрисуставными переломами дистального отдела бедренной кости. При лечении больных применялись клинический, рентгенологический и МСКТ методы исследования.

Метод и материалы. Больных выбраны пациенты с переломом дистального отдела бедренной кости, поступившие в стационар 47 пациентов с внутрисуставными переломами дистального отдела бедренной

кости в клинике Ташкентской областной филиал РНЦЭМП. Мы использовали методы МСКТ и рентгенологического исследования, чтобы поставить точный диагноз и уменьшить осложнения.

Результаты. Под нашим наблюдением пострадавших переломы дистального отдела бедренной кости и в группу исследования включены больные с переломами бедренной кости.

1 группа - 19 больных с изолированными переломами бедренной кости. При поступлении у всех пострадавших в приемно-диагностическом отделении произведен клинический осмотр, травматолога, рентгенография, кардиолога, терапевта, хирурга.

2 группа - 15 больные с множественными переломами и сотрясение головного мозга, травматический шок I степени.

3 группа - 13 больных с сочетанными травмами и с тяжелой ЧМТ, ушибом головного мозга I-II степени.

В 1 группе операции по поводу перелома конечностей произведены на 2-3 сутки. Произведен остеосинтез блокирующим пластинкой LCP.

Во 2 группе 16 больных, у которых при поступлении зарегистрирован травматический шок I степени. Операция остеосинтез бедренной кости блокирующим пластинкой LCP на на 4-5 сутки после стабилизации гемодинамик.

У 19 пострадавших (3 группа), кроме перелома бедренной кости была ЧМТ. Операция остеосинтез плечевой кости производили 6-8 сутки после травмь.

Заключение. Таким образом, остеосинтез переломов дистального эпиметафиза бедренной кости у пострадавших с по-литравмой необходимо произвести после стабилизации гемодинамики, ликвидации внутричерепной гематомы, лечения шока. При выборе метода остеосинтеза также необходимо учитывать характер переломов, около- и внутрисуставные переломы - с экстрамедулярными блокирующими пластинками.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОПЫТ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Мадрахимов С.Б., Каримов М.Ю.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность проблемы: Тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС) произвела революцию в лечении пациентов с терминальной стадией артрита коленного сустава. Несмотря на значительные успехи в первичном отборе пациентов с ТЭКС, хирургической технике и конструкции имплантатов, многочисленные исследования показывают, что только от 82% до 89% пациентов были удовлетворены своей первичным тотальным эндопротезированием коленного сустава. Эти отчеты свидетельствуют о том, что ТЭКС не достигает своей цели облегчения боли и восстановления функции у значительной части пациентов.

Цель исследования: Целью исследования была оценка удовлетворенности наших пациентов после первичной тотальной эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС) с различными интервалами наблюдения.

Материалы и методы исследования: Данное проспективное исследование проводилось в Многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии на кафедре ортопедии с ноября 2018 по октябрь 2020 г. Выполнено 88 односторонних ТЭКС у пациентов с подтвержденным диагнозом первичного остеоартроза коленного сустава III-IV степени (Kellgrene-Lawrence, 1978). Среди них 32 мужчины и 54 женщины в возрасте от 56 до 83 лет со средним возрастом 65,1 года. Период наблюдения составлял от 1 месяца до 1 года. При каждом последующем обследовании (период 3, 6, 12 месяцев) каждый пациент получал оценку активности UCLA и оценку ВАШ. Пациенты оценивали степень удовлетворенности после ТЭКС по шкале от "полностью удовлетворен" до "неудовлетворен" и выражали свою общую удовлетворенность в процентах.

Результаты исследования: Средняя продолжительность пребывания в группе с ожирением составила 11,3 дня (±6,3). Случаев повторной госпитализации в течение 30 дней не было. При окончательном наблюдении 4,54% пациентов не были удовлетворены результатом. Из 56 пациентов (63,6%), которые работали до ТЭКС, 42 (75%) вернулись на любую работу в среднем через 12 недель после операции. Средние баллы UCLA улучшились у 61 пациента (69%) с 4 (легкая активность) до 6 (умеренная активность). Общая удовлетворенность пациентов составила 82,2 % (т. Е. ответы на вопрос о том, как вы были удовлетворены операцией). Значительно больше удовлетворенных пациентов было среди пациентов с первичным остеоартрозом без каких-либо фиксированных деформаций. Их удовлетворенность была связана с уровнем рейтинга активности UCLA. Однако наблюдалась незначительная связь между интенсивностью боли, оцениваемой по ВАШ, до ТЭКС, и удовлетворенностью пациентов после эндопротезирования.

Выводы: Анализ ответов пациентов показывает, что уровень удовлетворенности высок в короткий период после операции. В целом, удовлетворенность пациентов незначительно изменилась примерно через 12 месяцев после операции. Количество неудовлетворенных пациентов или тех, кто сообщал о регулярной боли после ТЭКС в нашем исследовании, согласуется с результатами, представленными в соответствующей литературе, количество пациентов может быть причиной этого. Кроме того, предоперационное обсуждение функциональных свойств после ТЭКС может помочь уменьшить

неудовлетворенность после ТЭКС. Кроме того, необходимы многоцентровые исследования для более глубокого анализа удовлетворенности пациентов после ТЭКС.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ УГЛЕРОДНЫХ КЕЙДЖЕВ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мамажанов Б.С., Олимов И., Алиханов О.Ш.
Андижанский Государственный Медицинский институт, г. Андижан

Актуальность. Поясничный остеохондроз относится к наиболее распространённой патологии позвоночника. Известные способы хирургического лечения поясничного остеохондроза не лишены недостатков, и совершенствование их является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии.

Цель исследование. Методика межтелового спондилодеза задним доступом с применением углеродного винтового фиксатора (кейдж) направлена на повышение стабильности оперированного позвоночного сегмента. Выбор углеродного материала в качестве фиксатора определён по причине биологических и биомеханических свойств данного материала. Имплантаты для заднего межтелового спондилодеза изготовляются из углеродного композитного материала «Остек». Техника выполнения операции: выполняется типичная аркотомия или гемиламинэктомия поясничных позвонков на соответствующем уровне поясничного отдела позвоночника. Дискэктомия с кюретажем ложа диска до обнажения компактных пластин тел позвонков. В образовавшийся дефект диска внедряется углеродный кейдж. Диаметр кейджа должен на 1,6-1,7 мм. превышать диаметр дефекта диска. Углеродный кейдж должен вводиться с некоторым усилием, чтобы его режущая часть хорошо внедрилась в губчатое вещество тел позвонков. Размеры и диаметр углеродного кейджа подбираются индивидуально.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении клиник АндГосМИ в период с 2010 по 2013 годы по предложенной методике оперировано 120 больных. Основную часть больных составили мужчины молодого и среднего возраста (98 больных из 120). На момент обращения в нашу клинику у всех 120 больных поясничный остеохондроз имел выраженные ортопедо-неврологические симптомы. Основной жалобой больных являлась – боль, преимущественно постоянного характера (69 больных -57,5%). Болевой синдром сопровождался грубыми нарушениями статики и двигательной функции поясничного отдела позвоночника. У 102 больных (85,9%) болевому синдрому соответствовал анталгический сколиоз, у 10 (8,3%) отмечен приходящий сколиоз. Неврологический статус у больных был характерным для поясничного остеохондроза с грыжей дисков. Рефлекторные и сенсорные нарушения отмечены у 76 (63,4%) больных. Двигательные нарушения в виде парезов и параличей имели место у 34 больных (28,3%), нарушения функции тазовых органов наблюдались у 18 больных (14,8%).

На основании клинико-неврологической картины, данных инструментальных исследований диагноз поясничный остеохондроз с локализацией грыжи дисков установлен у всех 120 больных. Ведущим фактором компрессии корешков и дурального мешка явилась грыжа межпозвонкового диска, у 108 больных (90%) наряду с грыжей диска имела место нестабильность позвоночного сегмента. Наиболее часто грыжа встречалась на уровне L4-L5 (66,2%). Основными показаниями к операции «Дискэктомии с задним спондилодезом углеродным кейджем» являлись пролабированная грыжа диска и нестабильность позвоночного сегмента. Наблюдение за оперированными больными велось в сроки 3, 6 месяцев и 1 год после лечения. Через 6 месяцев после операции у большинства, а к концу года почти у всех (97,8%) оперированных выявлены рентген и МРТ признаки оссификации задней продольной и боковых связок в оперированном сегменте.

Результаты и обсуждение. Таким образом, в сроки до года после операции у всех больных констатировано наличие состоятельного спондилодеза. Это указывает на прочность соединения «углерод-кость», т.е. формирование костно-углеродного блока. Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: боль и ортопедические проявления поясничного остеохондроза; неврологические симптомы; стабилизация оперированного позвоночного сегмента; восстановление трудоспособности. Суммарная оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: хорошо, удовлетворительно и неудовлетворительно. Согласно анализу через 6 месяцев и 1 год после лечения получены следующие результаты: хорошо - 107 больных (89,2%), удовлетворительно - 10 больных (8,3%), неудовлетворительно – 3 (2,5%).

ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мамажонов С.С., Холмирзаев Х.Х., Косимов С.К.

Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Тиреоидная дисфункция может оказывать значимое влияние на течение сердечно-сосудистых заболеваний, особенно фибрилляции предсердий. Однако в стандарты обследования кардиологических больных не входит выявление нарушений работы щитовидной железы.

Вместе с тем встречаемость скрытой тиреоидной патологии среди этих пациентов довольно высока, особенно если учесть, что большинство из них составляют лица пожилого возраста, длительно проживающие в условиях природного дефицита йода.

Среди наиболее распространенных скрытых тиреоидных факторов, которые выявляются у данной категории больных и способны влиять на течение кардиологических заболеваний, можно выделить субклинический гипертиреоз, хронический аутоиммунный тиреоидит, более частое выявления антитиреоидных антител, не связанных с развитием аутоиммунного тиреоидита, рост размеров уже имеющегося зоба, появление узлов в щитовидной железе и ее функциональной автономии.

Цель исследования. Изучить причинам, механизмам появления и последствиям тиреоидной патологии у типичного кардиального пациента.

Материал и методы исследования. В приведенном исследовании была доказана независимая ассоциация ФП с мужским полом, возрастом, повышением уровня Т4св и субклиническим гипертиреозом, так же как и подтверждено ее наличие с ожидаемыми факторами риска: сахарным диабетом, артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью. В то же время курение, ИБС и ТТГ не показали себя как значимые предикторы ФП

Результаты и исследования. Полученные результаты косвенно доказывают, что на возникновение ФП гипертиреоз влияет непосредственно, а не опосредованно - через увеличение тяжести и частоты возникновения сердечно-сосудистых событий. Также не показана взаимосвязь ФП с гипотиреозом, который вообще не проявил себя как прогностически значимый фактор риска.

Возраст больных с ФП в среднем был выше, чем у больных без аритмии (77 лет и 72 года соответственно). Частота ФП у больных с эутиреозом составила 4,7%, а с субклиническим гипертиреозом - 9,5%. Также было установлено, что у пациентов с ФП обнаруживается достоверно более высокий уровень Т4св (но в пределах нормальных значений) по сравнению с пациентами без аритмии (14,7 пмоль/л против 14,2 пмоль/л соответственно). При повышении уровня Т4св (в рамках нормы) на величину от 1 до 10 пмоль/л относительный риск развития ФП прогрессивно возрастал в 1,08-2,17 раза.

Таким образом, в приведенном исследовании была доказана независимая ассоциация ФП с мужским полом, возрастом, повышением уровня Т4св и субклиническим гипертиреозом, так же как и подтверждено ее наличие с ожидаемыми факторами риска: сахарным диабетом, артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью. В то же время курение, ИБС и ТТГ не показали себя как значимые предикторы ФП.

Эти результаты несколько противоречат устоявшимся представлениям о вторичности ФП по отношению к коронарной недостаточности у больных с сочетанием ИБС и ФП. Также полученные результаты вступают в противоречие с распространенной точкой зрения о роли ТТГ как главного показателя риска развития ФП в случае ее тиреогенной природы. Т4св проявил себя как более чувствительный маркер тиреоидного статуса для ССС, возможно, за счет особой чувствительности сердца именно к этому гормону.

Рассмотрим пути влияния и физиологические эффекты гормонов ЩЖ на ССС. Это влияние может быть прямым - через ядерные рецепторы кардиомиоцитов, и опосредованным - через симпатоадреналовую систему (САС). Связь тиреоидных гормонов с ядерными рецепторами приводит к повышению транскрипции генов белков кардиомиоцитов. В результате изменяется работа саркоплазматической кальциевой АТФ-азы, тяжелых α-цепей миозина, калиевых и натриевых каналов, β-адренорецепторов. Как следствие, повышается частота сердечных сокращений (ЧСС) и сократимость желудочков, развивается систолическая гипертензия и гипертрофия сердечных волокон. Таким образом, повышается потребность тканей в кислороде, что способствует развитию ишемии в миокарде.

В настоящее время известно несколько механизмов действия тиреоидных гормонов на сердце, которые могут повышать вероятность развития ФП:

нарушение расслабления левого желудочка и повышение давления в нем → повышение давления в левом предсердии;

рост ЧСС, повышение эктопической активности предсердий → ишемия миокарда;

изменение электрофизиологических свойств предсердных кардиомиоцитов:

Т3 повышает ток ионов из клетки и замедляет их ток в клетку → укорочение длительности потенциала действия, более выраженное в правом предсердии, чем в левом, а также в кардиомиоцитах легочных вен (что повышает их автоматизм и триггерную активность, а также облегчает возникновение re-entry);

изменение проводимости основных ионных каналов, снижение тока ионов через Ca^{++}-каналы L-типа .

Вывод. Таким образом, основным выводом их представленных данных является то, что у типичного кардиологического пациента, проживающего в условиях природного дефицита йода (каковых у нас

большинство), имеется высокая вероятность наличия скрытой патологии ЩЖ, которая может быть важным фактором риска развития ФП.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У ЛИЦ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамажонов С.С., Хусанов А.С.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Актуальность. Несмотря на клинический эутиреоз больных нетоксическим зобом, исследование содержания в крови тиреоидных гормонов зачастую позволяет выявить признаки субклинической дисфункции щитовидной железы, чаще субклинического гипотиреоза.

Наименее изученным представляется влияние на сердечно-сосудистую систему субклинической формы гипотиреоза. Имеются единичные сведения о высокой частоте ИБС у данной категории больных, нарушении систолической и диастолической функций миокарда.

В ряде работ отмечены сдвиги в липидном спектре крови, аналогичные таковым при клинически выраженном гипотиреозе. Показано, что больные с субклиническим гипотиреозом склонны к депрессиям и различным психосоматическим расстройствам. В то же время некоторые авторы не обнаружили каких-либо особенностей кардиологического и психологического статуса у таких больных.

Таким образом, для уточнения влияния субклинической дисфункции щитовидной железы на течение ИБС, на наш взгляд, необходимо было комплексное исследование с учетом клинических характеристик, особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и психологического статуса пациентов. Указанные вопросы легли в основу целей и задач данного исследования.

Цель исследования. Выявление взаимосвязей клинико-функционапьных и психологических особенностей больных ИБС с субклинической дисфункцией щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Анализировали данные 100 историй болезни, лабораторных анализов, назначений и справок о смерти. Было выявлено 47 пациентов старше 40 лет с ТТГ от 5,0 до 10,0 мЕд/л и нормальным уровнем свободного тироксина. Пациенты были рандомизированы на две группы: в первую вошли 30 пациента в возрасте 40–70 лет, во вторую – 23 пациента старше 70 лет.

Результаты исследования. У больных ИБС наблюдается достоверное снижение среднего уровня св.Т4 по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствует о снижении тиреоидной функции независимо от наличия изменений в щитовидкой железе. Среди больных ИБС с неизмененной щитовидной железой синдром эутиреоидной патологии выявляется в 27% случаев; при наличии ИБС и узлового зоба субклинический гипотиреоз определяется у 18% больных.

При субклиническом снижении функции щитовидной железы наблюдается повышение содержания ХС ЛПВП и снижение индекса атерогенности по сравнению с пациентами с нормальной функцией щитовидной железы, что свидетельствует о менее выраженных дислипидемических нарушениях у больных с тиреоидной дисфункцией.

У больных ИБС уровень диастолического АД и показатели ЧСС находятся в обратной зависимости от содержания в крови гормонов щитовидной железы. Данные взаимосвязи в большей степени выражены у больных с тиреоидной дисфункцией.

По данным суточного мониторирования ЭКГ безболевая ишемия миокарда по своей частоте и продолжительности превосходит ишемию миокарда с болевым синдромом во всех группах наблюдавшихся больных ИБС без достоверного различия между ними. Субклиническое снижение функции щитовидной железы не способствует увеличению частоты возникновения нарушений ритма в виде желудочковых и наджелудочковых экстрасистол.

Пациенты с наличием синдрома эутиреоидной патологии характеризуются сохранными и у части лиц более высокими резервными возможностями сердечно-сосудистой системы и адекватной переносимостью физической нагрузки, что может свидетельствовать об адаптационно-компенсаторной роли данного синдрома у больных ИБС.

По данным психологического обследования у больных ИБС уровень оптимизма и активности прямо пропорционален содержанию в крови гормонов щитовидной железы.

Вывод. Выявленная частота встречаемости тиреоидной дисфункции среди больных ИБС свидетельствует о необходимости проведения у них обследования щитовидной железы. Наличие субклинического гипотиреоза у больных ИБС способствует снижению индекса атерогенности, что следует учитывать при проведении гиполипидемической терапии.

Выявленная связь субклинической дисфункции щитовидной железы с изменениями ряда гемодинамических параметров (ЧСС, диастолическим, систолическим АД и диастолической функцией

миокарда) позволяет диагностировать доклинические изменения в функционировании сердечнососудистой системы и при необходимости начать раннюю коррегирующую терапию.

МОРФОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Мамажонов С.С., Рахимов Б.Г.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. К числу наиболее тяжёлых нозологических единиц острых форм ИБС относятся внезапная (острая) коронарная смерть (ВКС) и инфаркт миокарда (ИМ). Около 1,3 млн. человек заболевают острыми формами ИБС в мире ежегодно, причём трудоспособные мужчины в 3-5 раз чаще женщин.

ИМ является одной из главных причин инвалидности, а смертность среди всех заболевших достигает 30%. ИМ и ВКС значительно помолодели. Сейчас уже не редкость увидеть такой диагноз у тридцатилетних и даже двадцатилетних молодых мужчин

Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние щитовидной железы при острых формах ишемической болезни сердца.

Материал и методы исследования. Анализировали данные 100 историй болезни, лабораторных анализов, назначений и справок о смерти. Было выявлено 47 пациентов старше 40 лет с ТТГ от 5,0 до 10,0 мЕд/л и нормальным уровнем свободного тироксина. Пациенты были рандомизированы на две группы: в первую вошли 30 пациента в возрасте 40–70 лет, во вторую – 23 пациента старше 70 лет.

Из исследования исключались лица, которые ранее получали левотироксин, тиреостатические препараты, с заболеваниями щитовидной железы в анамнезе, ИБС, инсультами и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты и исследования. В ходе наблюдения за пациентами с подавленным и сниженным уровнем ТТГ было показано, что 76% больных со сниженным ТТГ в течение года вернулись в эутиреоидное состояние без лечения, тогда как при подавленном уровне у 87% пациентов сохранился уровень ТТГ менее 0,1 мЕд/л. Риск прогрессирования субклинического тиреотоксикоза в манифестный, по данным разных авторов, составляет 1–8%.

В нескольких наблюдательных исследованиях отмечено увеличение частоты фибрилляции предсердий при субклиническом тиреотоксикозе. Показана тенденция к повышению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в группах пациентов с субклиническим тиреотоксикозом. Следует отметить, что не все исследователи согласны с такими выводами.

Так, метаанализ данных пяти популяционных исследований не показал повышения уровня риска сердечно-сосудистых заболеваний и смерти у больных субклиническим тиреотоксикозом.

Результаты исследования доказывают тесную патогенетическую взаимосвязь нетиреоидной сердечно-сосудистой патологии (острые формы ИБС), исходного тиреоидного статуса больных и динамики морфофункционального состояния щитовидной железы при развитии острых форм ИБС, что необходимо учитывать в тактике лечения и профилактики ИБС.

Полученные результаты об изменениях морфологического состояния ЩЖ в зависимости от стадии повреждения миокарда дополняют имеющиеся сведения о состоянии ЩЖ при острых формах ИБС и рекомендуются для использования в практической работе патологоанатомических отделений учреждений здравоохранения кардиологического профиля, а также в учебном процессе на кафедрах патологической анатомии и гистологии медицинских университетов.

В лечебной практике применение полученных данных может быть полезным в привлечении внимания клиницистов (терапевтов, кардиологов, эндокринологов) к проблеме выявления гипотиреоза у больных различными формами стенокардий и возможной его коррекции малыми дозами тиреоидных гормонов с целью предотвращения ВКС и ИМ.

Впервые проведено детальное морфологическое исследование ЩЖ при острых формах ИБС с быстрым летальным исходом (ВКС). Прослежена динамика морфофункционального состояния ЩЖ в зависимости от стадии повреждения миокарда. Охарактеризованы особенности структурной организации тиреоидной паренхимы (ТП) при острых формах ИБС, прослеженные в тесной связи с предшествующими хроническими изменениями.

Установлены корреляционные зависимости морфологических признаков секреторной и резорбтивной активности ЩЖ от стадий повреждения миокарда при острых формах ИБС.

Получены морфологические доказательства исходного гипофункционального тиреоидного статуса при острых формах ЕЕС; установлены морфофункциональные признаки активизации гормональной активности ЩЖ при развитии инфаркта миокарда.

Впервые установлен факт отсутствия морфологических признаков активизации тиреоцитов в узловых образованиях ЩЖ при наличии признаков активизации тиреоцитов в паренхиме ЩЖ в острый период ИБС.

Вывод. Полученные результаты об изменениях морфологического состояния ЩЖ в зависимости от стадии повреждения миокарда дополняют имеющиеся сведения о состоянии ЩЖ при острых формах ИБС и рекомендуются для использования в практической работе патологоанатомических отделений учреждений здравоохранения кардиологического профиля, а также в учебном процессе на кафедрах патологической анатомии и гистологии медицинских университетов.

В лечебной практике применение полученных данных может быть полезным в привлечении внимания клиницистов (терапевтов, кардиологов, эндокринологов) к проблеме выявления гипотиреоза у больных различными формами стенокардий и возможной его коррекции малыми дозами тиреоидных гормонов с целью предотвращения ВКС и ИМ.

ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯНИ ДАВОЛАШДА ЛИМФАТИК ДРЕНАЖНИ РЕТРОБУЛЬБАР РЕТИНАЛ СТИМУЛЛАШ

Мамажанов Х.Х. профессор Икрамов А.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Қандли диабет беморларда диабетик ретинопатиянинг вужудга келиши хасталанишнинг 10 йилига келиб 50%, 15 йилликларда 75%ни ташкил этади. Қандли диабет касаллигининг энг кўп учрайдиган ва беморларни фаолиятини чекланишига олиб келадиган асоратлардан бири бу диабетик ретинопатия хисобланади. Диабетик ретинопатия дунё бўйича беморларни кўрликка олиб келадиган сабабларнинг 4,8%га тўри келади. Агар бемор вақтида белгиланган даволаш жараёнларини амалга оширмаса охири кўрликка олиб келади. Диабетик ретинопатиянинг асосан 3 босқичи бўлиб: нопроллифератив диабетик ретинопатия, препролифератив диабетик ретинопатия, пролифератив диабетик ретинопатия. Диабетик ретинопатиянинг хар бир босқичи ўзига хос кўринишлари билан ажралиб туради ва хар бир босқичнинг ўзига хос даволаш стандартлари мавжуд. Даволашнинг янги усуллардан бири лимфотерапиядир. Дори препаратлар қонга ўтгач жигарда химиявий ўзгаришларга учрайди ва даволаш самараси тушиб кетади. Лимфотерапияда дори препаратлар тўғридан тўғри органнинг ўзига хеч қандай ўзгаришларсиз таъср этади ва даволаш самараси ортиб боради. Биз томондан тадқиқот учун диабетик ретинопатияни даволашда лимфотерапиянинг махаллий ретробульбар инъекция йўли билан юборилиб, лимфатик дренаж стимуллаш усули танланди. Текширувда 42 та қандли диабет фонидаги диабетик ретинопатияли беморлар олинди. Уларга лимфотерапия ва одатий даволаш стандарт асосида препаратлар қўлланилди. Даволаш давомида беморлар тўлиқ текширилиб борилади. Текширув жараёнида кўриш ўткирлигига ва ретинопатиянинг ривожланишига қай даражада таъсир этгани бахоланилади.

Тадқиқот мақсади: Беморларда лимфотерапияни ўтказиш орқали уларнинг кўриш ўткирлигига ва тўр пардадаги потологик жараёнларга қанчалик таъср этганлиги ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари: Хозирги кунда диабетик ретинопатияни даволашда дицинон, эмоксипин, дексаметазон, ретинальмин ва бошқалардан фойдаланилади. Андижон вилоят эндокринология диспансер шифохонасида қандли диабет беморларда диабетик ретинопатияни даволаш учун лимфотерапиянинг махаллий ретробульбар юбориб лимфатик дренажни стимуллаш усули ва одатий даволаш стандарти усули қўлланилди. Асосан 42 та бемор олинди. 10 та бемордан иборат 1 – гурухга хозирги кундаги даволаш стандартида белгиланган кўрсатмалар асосида даволаш олиб борилди. Бу гурухдаги беморларга умумий даволаш билан бирга махаллий парабульбар эмоксипин 1% - 0,5мл юборилди. 22 та бемордан иборат 2 – гурух беморларга асосан 5 кун эмоксипин 1% - 1,0 мл ва 5 кун дексаметазон 0,4% - 1,0 мл ретробульбар йўл билан лимфа тўқимасига юборилди. Аёллар 26 та, эркаклар 16 та. Ёши 21 – 55 гача. Беморларнинг қандли диабет билан касалланиш стажи 10 – 22 йил. Барча беморлар қандли диабетнинг 2 – тури билан хасталанган. 12 та бемор қандли диабетнинг 10 – 14 йиллидан бошлаб инсулинотерапияга ўтказилган. Олинган беморларда диабетик ретинопатиянинг босқичлари қуидагича: Нопролифератив диабетик ретинопатия билан 29 та бемор, препролифератив диабетик ретинопатия билан 11 та, пролифератив диабетик ретинопатя билан 2 та. Кўриш ўткирлиги 0,08 – 0,5 гача. Диабетик ретинопатияни одатий даволаш стандарти асосида ва лимфотерапия билан даволаш курси 10 кун давом эттирилди. Барча гурухдаги беморларни умумий холати, қондаги қанд миқдори, қоннинг ивиши, артериал босими, кўриш ўткирлиги, кўз ички босими, кўз олмасини ташқи тузилиши ва кўз туби текширилиб борилди.

Тадқиқот натижалари: Беморларни даволаш давомида қуидагилар аниқланди: Барча гурух беморларда умумий тана хароратининг кўтарилиши кузатилмади. Барча ретробульбар инъекция қилинган беморларда бир неча муддатли огриқлар кузатилди. Айниқса 2 – гурух беморларда оғриқлар давомли бўлди. 2 – гурух беморларда инъекциядан сўнг умумий холсизлик ва бош айланиш кузатилди. Қондаги қанд миқдори даволашнинг 1 – кунлари нормага нисбатан 2 – 3 га ошиб борди, кейин аста нормага турди. Қон ивишига таъсир этмади. Артериал босим нормага нисбатан 20 ва 30 – мм.с.у.гача кўтарилди, сўнг

даволашнинг 5 – кунидан босим нормал холатга тушди. Кўз олмасининг ташқи тузилишида барча гурухлардаги беморларда ўзгаришлар кузатилмади. Дори препаратларга нисбатан аллергия холатлари аниқланмади. Кўриш ўткирлиги пасаймади. Кўз ички босими 2 – гурух беморларда даволашнинг 1 – кунлари норамага нисбатан 1 – 2 га ошди ва кейин номал холатга тушди. Кўз туби хам текширилиб борилганда янги потологик ўзгаришлар кузатилмади. 10 кундан сўнг қуидагилар аниқланди: 1 – гурух беморларда 12 тасида даволашнинг 5 – кунидан бошлаб кўриш ўткирлиги 0,1 – 02 га тикланиб борди. 2 – гурух беморларда 3 – кундан бошлаб кўриш ўткирлиги 16 та беморларда 0,5 – 0,8 га тикланди. Кўриш ўткирлиги ижобий томонга ўзгарганлар кўпчилиги нопролифератив диабетик ретинопатияли беморлар, 3 та бемор препролифератив диабетик ретинопатияли беморлар

Хулоса: Олинган тахлилларни ўрганиб қуидагича хулоса қилишимиз мумкин:

1. лимфотерапиянинг ретробульбар инъекция йўли билан лимфа тўқимасини стимуллаш орқали дибетик ретинопатияни даволашда юқори натижаларга эришишимиз мумкин.
2. Дори препаратларнинг тўғридан тўғри химиявий ўзгаришларсиз сўрилиши кўзнинг лимфатик дренажига ижобий таъсир этиб тўр пардадаги потологик жараёнларни тўхтатади ва моддалар алмашинувини ижобий томонга ўзгартиради.
3. Лимфотерапия йўли билан даволаш айниқса нопролифератив диабетик ретинопатияларни даволаш самарали эканлиги исботланди. Юқоридаги текширувлардан кўриниб турибдики, беморларни лимфотерапия йўл билан даволашда беморнинг қондаги қанд миқдори, артериал босими ва кўз ички босимини хисобга олиш мухим ахамиятга эга.
4. Препролифератив диабетик ретинопатияни даволашда эффективлиги пастлиги хам аниқланди.
5. Пролифератив диабетик ретинопатияда лимфатик дренажни стимуллаш самарасиз эканлиги аниқланди.
6. Лимфотерапиянинг лимфатик дренажни стимуллаш усули билан даволаш диабетик ретинопатиянинг бошланғич босқичларида қўллаш анча самарали эканлиги аниқланди.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА ЎТКИР ИРИДОЦИКЛИТНИ ЛИМФОТЕРАПИЯ ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Мамажанов Х. Х., профессор Икрамов А.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Иридоциклит – бу кўз олмасининг рангдор қавати ва киприксимон тананинг яллиғланиш касаллигидир. кўз касалликларининг 0,05%ини ташкил этади. Кўп холатларда беморнинг касалликка нисбатан эътиборсизлиги касалликнинг оғир асоратларига олиб келади. Айниқса эндофтальмит, рандор қават формасининг аномалияси, шишасимон тананинг лойқаланиши, ретинопатия кабилар. Қандли диабет фонидаги беморларда бу касаллик оғир кечиб юқоридаги асоратлар тезроқ келиб чиқади. Қандли диабет касаллигида иммун тизимининг сезиларли даражада пасайиб кетиши ва яллиғланиш касалликларининг орқага қайтиши секинлик билан амалга оширилишини хисобга олсак озирги кундаги даво чоралари ўткир иридоциклитда камроқ самара бермоқда. Шунинг учун бундай холатларда врач офтальмологнинг асосий вазифаси қандли диабет беморларда ўткир иридоциклит келиб чиққанда самарали ва асоратларга олиб келмайдиган даволаш тактикасини олиб боришдир. Ўткир иридоциклитни даволашнинг янги усулларидан бири бу лимфотерапиядир. Лимфотерапияда антибиотиклар махаллий ретробульбар инъекция йўли билан юборилиб, лимфатик дренаж стимулланади. Текширув давомида 53 та қандли диабет фонидаги ўткир иридоциклит билан касалланган беморлар олинди. Уларга лимфотерапия ва одатий даволаш стандарти асосида даво усуллари қилинди. Беморлар даволаш жараёнида тўлиқ кузатувда бўлишди. Текширув давомида лимфотерапияниг кўриш ўткирлигига ва ўткир иридоциклитга қай даражада таъсир этгани бахоланиб борилди.

Тадқиқот мақсади: Лимфотерапиянинг махаллий ретробульбар йўл билан даволашда ўткир иридоциклитни даволаш самарасини аниқлаш ва унинг оғир асоратлари профилактикасидаги ўрнини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари: Хозирда шифохоналарда ўткир иридоциклитни даволашда биринчи навбатда кўз қорачиғини кенгайтириш мақсадида атропин ва адреналиндан томчи сифатида, касаллик қўзғатувчисига қарши антибактериал препаратлар қўлланилмоқда. Андижон вилоят эндокринология диспансер шифохонасида қандли диабет беморларда ўткир иридоциклитни антибактериал даволашда антибиотикларни лимфотерапиянинг махаллий ретробульбар инъекция орқали юбориб лимфатик дренажни стимуллаш усули ва одатий даволаш стандарти усули қўлланилди. Асосан ўткир иридоциклит билан касалланган қандли диабет фонидаги 53 та бемор олинди. 30 та бемордан иборат 1 – гурухга хозирги кундаги даволаш стандартида белгиланган кўрсатмалар асосида даволаш олиб борилди. Бу гурухдаги беморларга 10 кун давомида умумий даволаш билан бирга махаллий парабульбар

дексаметазон 0,4% - 0,3мл + лидокаин гидрохлорид 2%-0,2мл + цефазолин 500мг-0,5мл аралашма юборилди. 23 та бемордан иборат 2 – гурух беморларга асосан 10 кун давомида умумий даволашлар билан биргаликда дексаметазон 0,4% - 0,3мл + лидокаин гидрохлорид 2%-0,2мл + цефазолин 500мг-0,5мл аралашма ретробульбар инъекция йўли билан лимфа тўқимасига юборилди. Цефазолин 500мг навокаин 05%-5млда эритилди. Аёллар 36 та, эркаклар 16 та, 1 та ўсмир бола. Ёши 16 – 57 гача. Беморларнинг қандли диабет билан касалланиш стажи 8 – 25 йил. Беморларнинг 41 таси қандли диабетнинг 2-типига, 12таси қандли диабетнинг 1-типига мансуб. 2-тип беморларнинг 14 таси қондаги қанд миқдорини инсулин инъекциясини олиш орқали бошқаради. Беморларда ўткир иридоциклит бошланиши 2 – 3 кунни ташкил қилади. Беморлар аввал иридоциклит билан хасталанмаган. Сурункали вирусли ва бошқа бақтерияли касалликлар билан хасталанмаган. Беморларнинг 15 таси 7 – 10 кун олдин юқори нафас йўллари ўткир респиратор касалликлари грипп билан хасталанган. Хаммасида битта кўз касалланган. Ўткир иридоциклитдан сўнг кўриш ўткирлиги 0,09 – 0,5ни ташкил этмоқда. Диабетик ретинопатияни одатий даволаш стандарти асосида ва лимфотерапия билан даволаш курси 10 кун давом эттирилди. Иккала гурухдаги беморларни умумий холати, қондаги қанд миқдори, қоннинг ивиши, тана харорати, артериал босими, кўриш ўткирлиги, кўз ички босими, кўз олмасини ташқи тузилиши ва кўз туби текширилиб борилди.

Тадқиқот натижалари: Даволаш жараёни тугагач қуидагилар аниқланди: иккинчи гурухдаги 16 та беморларда 3 кун давомида умумий тана хароратининг 37,7 – 37,9га кўтарилиши кузатилди. 4 – кундан тана харорати нормага тушди. Барча ретробульбар инъекция қилинган беморларда 1 – кундан инъекциядан сўнг бир неча муддатли огриқлар, умумий холсизлик ва бош айланиш кузатилди. 3 – кундан юқоридаги ўзгаришлар кузатилмади. Қондаги қанд миқдори даволашнинг 1 – кунлари нормага нисбатан 2 – 3 га ошиб борди, кейин аста нормага турди. Қон ивишига таъсир этмади. Артериал босим нормага нисбатан 20 ва 30 – мм.с.у.гача кўтарилди, сўнг даволашнинг 5 – кунидан босим нормал холатга тушди. Кўз олмасининг ташқи тузилишида барча гурухлардаги беморларда ўзгаришлар кузатилмади. Дори препаратларга нисбатан аллергия холатлари аниқланмади. Кўриш ўткирлиги пасаймади. Кўз ички босими 2 – гурух беморларда даволашнинг 1 – кунлари норамага нисбатан 1 – 2 га ошди ва кейин номал холатга тушди. Кўз олмасида янги потологик ўзгаришлар кузатилмади. 10 кундан сўнг қуидагилар аниқланди: 1 – гурух беморларда 3 тасида даволашнишдан сўнг ижобий томонга силжишлар кузатилмади, эндофтальмитнинг дастлабки белгилари кузатилди ва касаллика қарши даволаш чоралари бажарилди. 2 – гурух беморларда 2 та беморда атропин томчи ва адреналин апликациясидан сўнг қорачиқ тўлиқ кенгаймади, эндофтальмит ва бошқа асоратлар белгилари кузатилмади. 15 – 20 кундан сўнг беморларда атропин ва адреналин таъсири тугагач 2 – гурух беморларда кўриш ўткирлиги ижобий томонга ўзгарди, касалланишдан олдинги кўриш ўткирлиги тикланди. 2 – гурухдаги қорачиғи тўлиқ тикланмаган беморда кўриш ўткирлиги қисман яхшиланди.

Хулоса: Олинган натижаларни тахлил қилиб қуидагиларни хулоса қилишимиз мумкин:

1. Қандли диабет фонида лимфотерапиянинг ретробульбар инъекция йўли билан лимфа тўқимасини стимуллаш орқали ўткир иридоциклитни даволашда юқори натижаларга эришишимиз мумкин.
2. Дори препаратларнинг тўғридан тўғри химиявий ўзгаришларсиз сўрилиши кўзнинг лимфатик дренажига ижобий таъсир этиб кўз олмасидаги яллиғланиш жараёнларни тезроқ тўхтатади ва ижобий томонга ўзгартиради.
3. Лимфотерапия йўли билан қандли диабет фонида ўткир иридоциклитни даволашда касалликнинг оғир асоратлари эндофтальмит, шишасимон тана лойқаланиши, ретинопатия каби оғир асоратларга олиб келмаслиги исботланди.
4.

КЛИНИКО-ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мамарасулова Д.З., Зулунов А.Т
Андижанский государственный медицинский институт

В республике Узбекистан рак пищевода является одной из наиболее часто встречающихся локализаций опухолей; в структуре онкологической заболеваемости он занимает первое место (19,7%). Вместе с тем частота распространения этой формы рака в отдельных географических районах республики имеет существенные различия. При анализе статистических данных заболеваемости населения злокачественными новообразованиями за 20 лет и материалов ряда экспедиций, осуществленных в областях Узбекистана, сотрудникам Узбекского научно-исследовательского института онкологии и радиологии удались выявить высокий уровень заболеваемости раком пищевода в двух зонах республики — западной (Каракалпакская АССР) и восточной (Андижанская область).

В Андижанской области относительно высокие показатели заболеваемости раком пищевода отмечаются как среди мужчин, так и среди женщин. Необходимо подчеркнуть, что среди сельских жителей Андижанской области, как и в других областях республики, удельный нес рака пищевода в структуре заболеваемости злокачественными опухолями выше, чем среди городского населения (соответственно 38,6

и 28,7%), причем в отдельных сельских районах этот показатель почти одинаков. При анализе материалов Андижанского онкологического диспансера установлено, что у 6,9% больных рентгенологически, обнаружены опухоли и верхней трети пищевода, у 27% — в средней его трети и у 66,1 % — в нижней трети. Для исключения возможных ошибок рентгенологов в определении уровня поражения пищевода нами были специально изучены частота и особенности поражения различных отделов желудка (по материалам Андижанского онкологического диспансера). При этом установлено, что рак кардиального отдела желудка с переходом или без перехода на пищевод встречается в Андижанской области значительно чаще, чем поражение антрального его отдела и тела желудка. В связи с этим, естественно, возникла необходимость в проведении экспедиционного исследования условий жизни населения Андижанской области, изучения его быта, привычек, особенностей питания с целью выявления возможных факторов, способствующих развитию рака пищевода.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЗА 2016-2018 ГГ

Мамарасулова Д.З., Турсунов Д.М., Жалолов О.К.
Андижанский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Снижение уровня смертности населения — одна из главных целей современной медицины и общественного здоровья. В мире по уровню смертности онкологическая патология находится на втором месте после болезней системы кровообращения: в 2010 г. сердечно-сосудистые заболевания стали причиной смерти почти 13 млн, а опухолевая патология – 8 млн (всего в 2010 г. в мире умерли 52,8 млн). Показатели смертности представляют интерес, прежде всего в плане оценки эффективности борьбы, поскольку она зависит от своевременности диагностики опухолей.

Материалы и методы. Анализ заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями проведен по данным, содержащимся в ежегодной отчетной форме № 007 статистического отдела регионального филиала центра онкологии и радиологии Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения. Анализ данных 2016 года показало что заболеваемость ЗНО среди населения Андижанской области составило 60,5 случаев на 100 тыс население (среди мужчин – 52,2, среди женщин – 66,4), из них ранговые локализации у представителей обеих пола были грудная железа, желудок, злокачественные лимфомы, шейка матки и легкие. В 2016 г в Андижанской области зарегистрировано 16 122 случаев смерти, где причинами 1 114 случаев (6,9%) являются злокачественные новообразования. В 2016 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 37,6 случая на 100 тыс. населения. Смертность мужчин от злокачественных новообразований в 2016 г. была выше смертности женщин, при чем заболеваемость у женщин ЗНО достаточно больше.

Результаты данных 2017 года выглядит так, что заболеваемость ЗНО среди населения Андижанской области составило 56,9 случаев на 100 тыс население (среди мужчин – 46,0, среди женщин – 66,0), из них ранговые локализации у представителей обеих пола были грудная железа, шейка матки, желудок, легкие и злокачественные лимфомы. В 2017 г в Андижанской области зарегистрировано 16 159 случаев смерти, где причинами 1 063 случаев (6,6%) являются злокачественные новообразования. В 2017 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 35,9 случаев на 100 тыс. населения. Смертность мужчин от злокачественных новообразований в 2017 г. была почти одинаково смертности женщин, при чем заболеваемость у женщин ЗНО больше.

По анализу статистических данных 2018 года заболеваемость ЗНО среди населения Андижанской области составило 60,4 случаев на 100 тыс население (среди мужчин – 49,5, среди женщин – 67,7), из них лидирующие локализации среди представителей обеих пола были грудная железа, желудок, шейка матки, легкие и злокачественные лимфомы. В 2018 г в Андижанской области зарегистрировано 15 365 случаев смерти (на 5% ниже чем 2017), где причинами 1 032 случаев (6,7%) являются злокачественные новообразования. В 2018 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 33,7 (на 6,1% ниже чем 2017 г) случая на 100 тыс. населения. Смертность мужчин от злокачественных новообразований в 2018 г. была ниже смертности женщин, впервые за 9 лет.

По полученным данным можно сделать **заключения**, о том, что повышение эффективности работы онкологической службы Андижанской области за счет обеспечения работы скрининговых программ по раку молочной железы и шейки матки дает хорошие результаты, из-за чего наблюдалось снижение смертности среди женского населения, но нужна программа, направленная на раннее выявление рака желудка, легких и прямой кишки у представителей обеих пола.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мамарасулова Д.З., Зулунов А.Т
Андижон давлат тиббиёт институти

Ёмон сифатли ўсмалар профилактика муаммоси глобал характерга эга, бу муаммонинг кескинлиги ҳозирги вақтда ёмон сифатли ўсмалар ўсиш суръатларининг тезлашиши билан белгиланади. Халқаро саратон тадқиқотлари агентлиги маълумотларига кўра, ҳар йили ёмон сифатли ўсмаларнинг ўсиши 2,1 %, аҳоли сонининг ўсишидан (1,7 %) ҳам юқори.

Фарғона водийси - Тян-Шан ва Хисор - Олой тоғ тизмалари оралиғидаги чуқурлик бўлиб; водийнинг тектоник бурчаги атрофдаги тоғларни тўкилиш маҳсулотлари бўлмиш бўш конлар билан тўлдирилган. Водийни ўраб турган тоғларда нефт, кўмир, темир, мис, полиметалик рудалар, симоб, тош тузи ва бошқа конлар мавжуд.

Фарғона водийси иқлими континентал, қуруқ. Майдони 18.5 минг км2 (1 км2га 564 киши), аҳоли зич жойлашган (2021 йил апрель ойи ҳолатига Ўзбекистон Республикаси Давлат статистика қўмитаси маълумотларига кўра, аҳоли сони 9 875.5 минг киши, республика аҳолисининг 28,57%, ини ташкил этади).

Водий табиий, жумладан, сув, ресурсларга бой бўлган стратегик муҳим ҳудуддир. Экология қўмитасининг Фарғона водийси ҳақидаги ҳисоботида зудлик билан ҳал қилишни талаб қиладиган бир қанча экологик муаммолар аниқланди: сирт ва ер ости сувларининг ифлосланиши, саноат ва қишлоқ хўжалиги ифлосланиши, токсик ва радиоактив чиқиндилар, ер деградатсияси. Водий аҳолисининг саломатлиги ва атроф-муҳит ҳолати ҳақида ташвишланишнинг иккита асосий сабаби – бу саноат ифлосланиши ва пестицидлар ва зарарли кимёвий чиқиндиларни тўпланган жойлари.

Ўзбекистонда ҳар йили 100 миллион тоннадан ортиқ саноат чиқиндилари ишлаб чиқарилади, уларнинг 14 % токсик чиқиндиларга киради. Энг кўп чиқиндилар Навоий, Тошкент ва Фарғона вилоятларида жойлашган тоғ - кон ва кончилик саноати корхоналарида ташкил этилади. Халқаро саратон тадқиқотлари агентлигининг таснифига кўра, (инсон учун канцероген) 87 та моддалар киради, улар одамларда ўсмалар ривожланиш хавфи ҳақида мутлақо далилларга эга. Бу гуруҳга нафақат кимёвий омиллар (маргимуш, берилюм, кадмий, никел ва бошқалар), балки сурункали инфекциялар, чанг, саноат жараёнлари, маиший одатлар (нос, тамаки чекиш), минерал толалар, озиқ-овқат заҳарланиши, дориларни ўз ичига олади

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН

А.А.Мамаризаев, У.М.Рустамов, О. А. Хамраев, Р.А.Бобоев, М.А.Шодмонов, Д.И.Садикова
Кафедра урологии и хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить эффективность внутренней оптической уретротомии (ВОУ) в зависимости от протяженности стриктур уретры (СУ).

Материалы и методы. В клинике АГМИ в отделение урологии применялась ВОУ в 45 случаях у больных со СУ различной этиологии и протяженности. Возраст пациентов варьировал от 18 до 72 лет. Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее лабораторное, инструментальное, ультразвуковое и рентгенологическое исследования. Результаты оперативного лечения оценивались данными уретрографии, УФМ и анкетирования пациентов по шкале IPPS. Протяженность стриктур колебалась в пределах от 0,2 до 3,0 см. Кроме того, встречались множественные стриктуры общей протяженностью до 12–13 см. Средняя скорость мочеиспускания и средний балл по шкале IPSS до операции составляли соответственно 3,6 мл / с и 26,7 балла. У 7 боль ных самостоятельное мочеиспускание отсутствовало. По этиологии СУ распределялись следующим образом: ятрогенные – 40 % (n = 18); врожденные идиопатические – 38 % (n = 17); постинфекционные – 13 % (n = 6); посттравматические – 9 % (n = 4). В зависимости от локализации: простатический отдел – 20 % (n = 9); мембранозный отдел – 42 % (n = 19); луковичный – 24,5 % (n = 11); пенильный – 4,5 % (n = 2); смешанная локализация – 9 % (n = 4). Всем пациентам произведена ВОУ. В послеоперационном периоде каждые 3 мес в течение года выполнялась УФМ. При умень шении скорости мочеиспускания ниже 15 мл / с выполнялась ретроградная и микционная уретроцистография. Выявление стриктуры в месте ранее выполненной уретротомии расценивалось как рецидив – 22 % (n = 10). У 4 пациентов операция выполнена повторно (при СУ менее 1 см); у 2 больных проводилось бужирование с хорошим эффектом (при СУ до 2 см); 4 пациентам рекомендована уретропластика.

Результаты. Замечена следующая зависимость частоты рецидивов от протяженности уретры: менее 1 см – 78 % (n = 35), количество рецидивов в этой группе наименьшее – 11 % (n = 4); от 1–2 см – 18 %

(*n* = 8), количество рецидивов – 50 % (*n* = 4); 2–3 см – 2 % (*n* = 1), количество рецидивов – 100 % (*n* = 10); более 3 см – 2 % (*n* = 1), количество рецидивов – 100 % (*n* = 3).

Выводы. К преимуществам ВОУ относятся простота, короткая продолжительность операции, небольшое количество осложнений, возможность повторной эндоскопической коррекции при рецидивах, хорошая переносимость больными, быстрая реабилитация. Считаем, что эндоскопическое вмешательство может быть методом выбора в лечении СУ с высоким процентом положительного результата. Однако ВОУ рекомендуется только при очень коротких СУ (длина менее 0,5 см), расположенных в бульбозном и (или) мембранозном отделах.

АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ

А.А.Мамаризаев, У.М.Рустамов, О. А. Хамраев, Р.А.Бобоев, М.А.Шодмонов, Д.И.Садикова
Кафедра урологии и хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования – проанализировать этиологическую значимость микроорганизмов, выделенных из секрета ПЖ.

Материалы и методы. Всего исследовано 89 образцов секрета простаты у пациентов с хроническим бактериальным простатитом (ХБП).

Результаты. В результате исследования 89 образцов секрета простаты было получено 76 (85 %) положи тельных образцов и выделено 107 штаммов условно патогенных микроорганизмов, при этом Грам (+) микроорганизмы составили 45 (59 %) штаммов, Грам (–) – 5 (6,6 %) штаммов. У 68 % пациентов микроорганизмы выделялись в монокультуре. Ассоциации из 2 и 3 возбудителей были обнаружены у 20 (26 %) и 5 (6,6 %) пациентов соответственно. В монокультуре преобла-

дали Грам (+) микроорганизмы: представители семейства *Micrococcaceae* – 24 (32 %) штамма – *S. haemolyticus* –10 (13 %), *S. saprophyticus* – 5 (6,6 %), *S. epidermidis* –4 (5,2 %), *S. hominis* и *S. aureus* – по 2,6 %, *S. cohnii* – 1,3 % и представители семейства *Streptococcaceae* – *Enterococcus* spp. – 17 (22 %), α-гемолитические *Streptococcus* – 5 (6,6 %). Монокультура из Грам (–) микроорганизмов была представлена 5 (6,6 %) штаммами, из которых *E. coli* и *K. pneumoniae* обнаруживали в 2,4 %, *M. morganii* – в 1,2 % случаев. Двухкомпонентные ассоциации микроорганизмов преимущественно были представлены *S. haemolyticus* + *E. faecalis* – 5 (6,6 %). *S. haemolyticus* + *Streptococcus viridans* – 3 (3,9 %). *S. agalactiae* встречался в ассоциации с *S. Aureus* и *S. saprophyticus* в 2 (2,6 %) случаях. *E. coli* в ассоциациях с *E. faecalis*, *S. saprophyticus*, *S. haemolyticus* была обнаружена у 3 (3,9 %) пациентов. Кроме того, *E. Faecalis* обнаруживался в ассоциациях как с Грам (+) – *S. viridans*, *S. xylosis*, *S. haemolyticus*, *Aerococcus* – 5,2 %, так и с Грам (–) флорой (*E. coli*, *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*) – 3,9 %. Более того, *E. faecalis* в 100 % сопровож- дал трехкомпонентные ассоциации микроорганизмов, представленные *E. coli* + *S. haemolyticus* – 2,6 %, *Streptococcus* + *S. haemolyticus*; *S. aureus* + *E. coli*; *E. coli* + *K. pneumoniae* – в 1,3 %.

Выводы. Полученные результаты позволяют заключить, что при ХБП в качестве этиологического фактора выступают Грам (+) микроорганизмы рода *Enterococcus*, выделенные у 28 (37 %) пациентов в виде моноинфекции – у 17 (22 %) и при микст-инфекции – у 11 (14 %). Второе место по частоте обнаружения занимает *S. haemolyticus*, выявленный у 15 (20 %) пациентов, присутствующий в виде моноинфекции у 10 (13 %) и в ассоциациях – у 5 (6,6 %) из них.

THE CONDITION OF THE PROSTATE GLAND IN PATIENTS WHO RECEIVE INTRAMUSCULAR ANTIBIOTIC THERAPY AND LYMPHOTROPIC THERAPY

A.A. Mamarizaev, U.M. Rustamov, O.A. Hamrayev, R.A. Boboyev, M.A. Shodmonov, D.I. Sadikova
Department of Urology and Surgery
Andijan State Medical Institute

Objective. To study the mechanism of impaired fertility of the ejaculate in patients with chronic inflammatory diseases of the reproductive organs.

Materials and methods. The study material was 22 men of reproductive age and was divided into two groups receiving 11 men lymphotropic (Group I) and 11 men intramuscular antibiotic therapy (Group II). To achieve our goals, we used the following methods: rectal examination, urethroscopy, ultrasound, and laboratory testing - FSH, LH, testosterone, estradiol spermagrams, blood analysis, and urine analysis.

The results of the study. Studies have shown that with intramuscular antibiotic, good results were obtained in 16.5% of patients, satisfactory - in 36.9% in many patients, semen indicators remained unchanged - in 46.6% of cases. In the majority of patients with a weak and weakened version of the average sexual constitution, traditional

therapy (group II) was ineffective. With lymphotropic therapy in 1/3, normalization of spermatogenesis was obtained, while the rest showed a clear improvement.

Conclusion. Thus, lymphotropic therapy helps resolve inflammatory changes in the prostate gland, restore its physiological functions, and reduce microbial intoxication from the focus of inflammation. With the intramuscular administration of the antibiotic, in most patients the resolution of inflammation in the prostate gland was not fully obtained.

TOXIC EXPOSURE OF LIPID PEROXIDE OXIDATION PRODUCTS ON THE INDICATORS OF THE SPLATTERING ABILITY OF SPERMATOSOIDS

A.A.Mamarizaev, U.M.Rustamov, O.A. Hamrayev, R.A.Boboyev, M.A.Shodmonov, D.I.Sadikova
Department of Urology and Surgery
Andijan State Medical Institute

Objective. To study the mechanism of impaired fertility of the ejaculate in patients with chronic inflammatory diseases of the reproductive organs.

Materials and methods. The study material was 22 men of reproductive age and was divided into two groups receiving 11 men lymphotropic (Group I) and 11 men intramuscular antibiotic therapy (Group II). To achieve our goals, we used the following methods: rectal examination, urethroscopy, ultrasound, and laboratory testing - FSH, LH, testosterone, estradiol spermagrams, blood analysis, and urine analysis.

The results of the study. Data showed that after carrying out lymphotropic treatment, the activity of spermatozoa increases most and the morphological sphere of spermatozoids improves. Analysis of spermograms in both groups before and after treatment indicates that lymphotropic treatment contributes to resolve the inflammatory process in the prostate gland and the normalization of spermatogenesis in most patients. This is confirmed by an increase in the volume of ejaculate, an increase in the number of sperm, an improvement in their mobility, as well as a decrease in degenerative forms and cases of spermagglutination, normalization of citric acid and fructose. Good results were obtained in 74.8% of cases. Incomplete restoration of reproductive function in the form of a moderate decrease in the number and motility of spermatozoids was observed in 25.2% of cases.

Conclusion. Thus, the development of pathospermia in chronic inflammatory diseases of the organs of the male reproductive system occurs as a result of both the direct toxic effects of lipid peroxidation products on the fertility of the ejaculate and the formation of correlative hypogonadism.

ПРОФИЛАКТИКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА

Маматкулова Н.Ж
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: Ранняя диагностика сепсиса на основе комплексной оценки результатов клинического и лабораторного обследования больных.

Материал и методы: проводилась клиническая оценка состояния ожоговой раны, общего состояния пациента, целенаправленное выявление признаков инфекционного поражения органов, контроль основных показателей гемограммы и биохимических анализов крови. В эти же сроки выполнялись динамические исследования иммунологических факторов неспецифической защиты организма, функциональных свойств нейтрофилов, развернутой лейкограммы. Анализ результатов обследования и лечения 42 больных с ожоговым сепсисом и опасностью его развития, находившихся на стационарном лечении в ожоговом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП в последние 10 лет, показал целесообразность выделения группы риска больных с глубокими ожогами более 20% поверхности тела. Профилактика генерализации инфекции проводилась с момента поступления пострадавшего в стационар. Она начиналась с адекватного лечения больного в периоды ожогового шока и острой ожоговой токсемии, направленного на коррекцию нарушений центральной периферической гемодинамики, белкового и водноэлектролитного обмена на борьбу с интоксикацией. В связи с тем, что источником сепсиса в подавляющем большинстве случаев является ожоговая рана, удаление некротических тканей с помощью хирургической и химической некрэктомии, использование методов лечения, современных мазей, а также пластические закрытие ран трансплантатами аутокожи в максимально короткие сроки стало основной профилактики и лечения сепсиса.

Результаты: одним из важнейших методов борьбы с сепсисом является рациональная антибактериальная терапия (амоксиклав, пабактал, лендоцин, цефалоспорины 4 поколения- цефопим и др), которая проводилась длительно и непрерывно, с учетом чувствительности возбудителя и своевременной заменой препаратов на основе микробиологического и лекарственного мониторинга.

Всем больным проводилось иммунотерапия ронколейкином В патогенезе развития сепсиса важную роль играют нарушения и развитие синдрома полиорганной не недостаточности, что потребовала проведения комплексной инфузионно - трансфузионной терапии, а также энтерального и парентерального питания. Местно применялись бетадин и современные антибактериальные мази.

Таким образом, современная диагностика, профилактика и лечение сепсиса привело к улучшению результатов лечения ожогового сепсиса и позволило снизить летальность в последние годы с 42,4 до 15.5%.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 симпатоадреналовой 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±3,8 лет, с диагно***зом 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±11мин); 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 подъём 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.***

ОКСИДАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 (M) 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)

		1	2	3	4	5
Показатели	**Единицы измерения**	**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).

Заключение. 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.

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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 ограничение 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 тримепередин 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 рукуронием 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, метоболиты 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. Различие 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 переделах 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 ноцецептивную импульсацию с места повреждения тканей. Развивается гиперактивация симпатоадреналовой 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 ноцицептивную импульсацию с места повреждения тканей и предотвратить гиперактивацию семпато-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 достоверноено ниже чем в 1 группе (P=0.4). В 1 группе на 3 сутки концентрация кортизола оставалось 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, оксибутирата натрия, даларгин, альфа-токоферола, позволяет активировать и увеличить мощность центральных и периферических стресс-лимитирующих систем и тем самым обеспечить адекватную анестезиологическую защиту.***

ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 органаммишеням 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 (ACP) и Американской академией семейных врачей (AAFP) 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 наличие сопутствующей патологии [3, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19].

Заключение. Упациентов находящихся в отделении анестезиологии и реаниматологии с высоким артериальным давлением необходим дифференцированный подход в каждом конкретном случае.

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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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: ОФВ1<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 β2 - 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 (ОФВ1): 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 ОФВ1: 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% (5из19) не удалось снизить дозировку ГКС. Серьезных нежелательных явлений, связанных и исследуемым препаратом, не зарегистрировано.

ГИПЕРВОЛЕМИЯ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Маматов М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

До сегоднящнего дня кардиохирургия достигла необходимых успехов в коррекции врожденных пороков сердца с гиперволемией малого круга кровообращения. Однако, это важная проблема не получила должного решения у взрослых больных, которые осложняется часто легочной гипертензией.

Во 2-ой хирургии клиники АГМИ до 2021 года произведена коррекция ВПС 449 взрослым больным в возрасте от 18 до 63 лет. Наиболее часто встречаемыми пороками с гиперволемией малого круга кровообращения явились: открытий артериальный проток, дефекты межпредсердной перегородки и сочетающиеся с ним пороки сердца, дефекты межжелудочковой перегородки. Показания к операции взрослым больным решался индивидуально, учитывая общее состояние больных, функциональное состояние гемодинамики и степени легочной гипертензии.

По поводу открытого артериального протока оперирована... больных в возрасте от 18 до 63 лет, что составляет 44% от общего числа оперированных взрослых больных с ВПС. В большинстве случаев методика операции заключалась в двойной перевязке протока с прошиванием. Корркеции ОАП в условиях ИК с КП произведена у 2 больных. Смертных случаев не было. Операции по поводу коррекции дефекта межпредсердной перегородки выполнено 141 пациентам в возрасте от 18 до 51лет, что составляет 31,4% от общего числа оперированных взрослых больных с ВПС. В зависимости от локализации дефекта и размеров выполнены: ушивание ДМПП в 80 случаях (56,7%), и пластика ДМПП в 49 случаях (34,7%), в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. Коррекция аномального дренажа легочных вен у 12 больных. С дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) оперировано 110 больных в возрасте от 18 до

39 лет. Все больные оперированы в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. Пластика ДМЖП произведена 65 в случаях, ушивание в 45 случаях. Данной группе умерло 2 больных. Причиной смерти в обоих случаях явилась острая сердечная недостаточность.

В заключении можно отметить, что результат операции зависят от степени легочной гипертензии, от возраста больных и от время выполнения операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Маматов М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Аномальный дренаж легочных вен (АДЛВ) это редкий и сложный врожденный порок сердца, характеризующийся впадением одной или нескольких легочных вен в правое предсердие или магистральные вены большого круга кровообращения. Современные достижения кардиохирургии позволяют с успехом решить проблему коррекции различных форм АДЛВ, результат которых зависят от типа АДЛВ, степени легочной гипертензии и сопутствующих пороков сердца.

К 2021 г. в отделение кардиохирургии клиники Андижанского государственного медицинского института оперированы 17 больных с различными вариантами АДЛВ. Возраст больных составлял 7-40 (в среднем 17,1±3,4)лет. Все операции выполнены из срединной стернотомии, в условиях искусственного кровообращения (50,3±2,6мин) и фармако–холодовой кардиоплегии (35,2±2,5мин). Больные распределены по общепринятой классификации, которые разделили на 4 типа (кардиальный, супракардиальный, инфракардиальный и смешанный).

Из 17 больных с кардиальным типом частичного аномального дренажа легочных вен (ЧАДЛВ) у 9 была использована пластика дефекта аутоперикардом с одновременным дислокацием устьев легочных вен в левое предсердие, а у 5 больных с супракардиальным типом и у 1 больного со смещанным типом ЧАДЛВ произведена операция J.Kirklin с соавт.,(1955) с модификацией S.R.Schuster с соавт.,(1962). Из 17 больных у 2 наблюдался супракардиальный тип тотального аномального дренажа легочных, при котором все легочные вены собираясь в общий коллектор впадал в верхнюю полую вену. В этих случаях произведена операция W.Gersony с соавт.,(1971) - это наложения широкого анастомоза между задней стенкой левого и общим коллектором легочных вен, операцию заканчивают перевязкой общего коллектора у места впадения в верхнюю полую вену.

Таким образом, способ операции при АДЛВ должны рассматриваться в зависимости от уровня впадения легочных вен, их взаимоотношения к плоскости дефекта межпредсердной перегородки; наиболее адекватным и радикальным методом является внутрисердечная реконструкция с помощью аутоперикарда.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННОЙ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТНЗИЕЙ

Маматов М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Одним из наиболее частых осложнений врожденных пороков сердца (ВПС) с артерио-венозным сбросом крови является развитие высокой легочной гипертензии (ЛГ), приводящая увеличению нагрузки на правый желудочек. Поэтому очень важно своевременная диагностика и определения степени легочной гипертензии. В этом направление особое место отводится к своевременным неинвазивным методам исследования, среди которых одно из ведущих мест занимает эхокардиография с доплером.

В отделение кардиохирургии клиники АГМИ до 2021 года наблюдались 36 больных с различными ВПС, осложненной высокой легочной гипертензии в возрасте от 6 до 50 (22,4±2,1)лет. Среди них мужчин было 13(36,1%), женщин - 23(63,8%). Причиной развития высокой легочной гипертензии у 23(63,8%) больных служил большой дефект межжелудочковой перегородки, у 5(13,8%) – открытий артериальный проток, у 6(16,6%) – большой дефект межпредсердной перегородки, у 2(5,5%) сочетанные пороки сердца. Все эти больные направлены в Ташкент для проведения катетеризация полостей сердца, для уточнения диагноза и решения вопроса об оперативном лечение.

Эхокардиография осуществлялась на аппарате «Соно Скопе», Применялась двухмерная ЭхоКГ по общепринятой методике. Эхокардиография позволяла установить вид и тип врожденных пороков сердца, приведшего к развитию высокой ЛГ, измерит давления в легочной артерии. Кроме этого измеряли признаки легочной гипертензии, как утолщения межжелудочковой перегородки, расширения ПЖ, гипертрофии правого желудочка.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных с легочной гипертензии происходит гипертрофия межжелудочковой перегородки и стенки правого желудочка, расширяется правый желудочек.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ

Махкамов Н Ж., Жўраева Ш Н., Урмонжонов Н.Ф
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни долзарблиги. Умуртқалараро диск фиброз халқа – дирилдоқ ядрони ўровчи зич коллаген фиброз халқадан иборат. Диск чурраси пульпоз ядро ёки унинг бир қисми фиброз халқадан чиқиб турганда юзага келади. Диск чурраси энг кўп учровчи сабаби дегенератив жараён бўлиб, унда ёш билан пульпоз ядро кам гидратланади ва кучсизланади. Бу жараён симптомларни чақирувчи диск чурраси авж олишига олиб келади.Умуртқа поғонасининг дегенератив ва дистрофик ўзгаришлари натижасида тоғайли дискда турли юкламалар натижасида патоморфологик хусусиятга эга бўлган жараёнлар содир бўла бошлайди Ҳозирги кунда умуртқа поғонаси касалликлари харакат таянч тизими хасталикларини энг кўп қисмини эгаллайди. 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 даволаш усулини башоратлаш ва такомиллаштириш ахамият касб этади.

Умуртқа суяги танаси ,тоғайли дискининг патоморфологик ўзгаришлари натижасида келиб чиқадиган спондилёз,спондилоартроз ва спондилолиз касалликларини пайдо бўлиши натижасида касаллик ривожаниб боради ва орқа мия нерв тўқималарини зарарлаб асоратларга олиб келади.

Умуртқанинг орттирилган касалликларини олдини олиш у келтириб чиқарадиган асоратларга бархам беришимиз мавзумизни асосини ташкил этади. Бу асорат ва қайтмас хасталикларини олдини олишимиз уни бартарф этишимиз учун умуртқани орттирилган касалликларини келтириб чиқарган омилларни тўлиқ патоморфологиясини ўраганишимиз керак.

Материал ва материал усуллари. Замонавий тиббиёт амалиётида инсон умуртқалараро дискининг касалликларини даволаш ва ташхислаш фаолияти тиббий- ижтимоий ахамиятга эга.Бунда асосан умуртқалараро дискнинг тўқималари бири- бири билан яхши бирлашганлиги бу холатлар доимий меъёр,қариш ва касалликларда ўзгариб туриши аниқланган.Республикамиз соғлиқни сақлаш тизимидаги умуртқа поғонаси касалликлари туфайли шикастланишларни камайтиришга бағишланган илмий муаммоларни бартараф этиш учун жуда кўп изланишлар олиб борилмоқда. Диск протрузияси ва чуррасини ўрганишда жуда кўп илмий жамиятлар шу жумладан,Америка Ортопедик Жаррохлар Академияси (AAOS) va Халқаро бел умуртқаларни ўрганиш жамияти (ISSLS) иштирок этиб келмоқда.Булар касалликларни таснифлаш,ташхислашда этиопатогенезини ўрганиш амалиётларини олиб бормоқда.Биз Андижон шахрида фаолиятини олиб бораётган “ИБН СИНО” хусусий клиникасида умуртқа поғонаси касалликлари билан стационар даволанишда бўлган беморларда 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 гематомаларнини 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 хар бир беморда индивидуал ёндашишни талаб этди.Беморларни клиник кузатганимизда уларни иккита контингентга ажратиб тахлил қилдик, биринчи контингент ёши 30 дан 50 ёшгача белгиладик ва иккинчиси 50 ёшдан 65 ёшгача белгилаб олдик.

Тахлил натижалари шуни кўрсатдики, 30-50 ёшли беморларимиз ахолининг асосий ишчи гурухи хисобланади,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 тахлиллар шуни кўрсатдики ,беморларни индивидуал ўрганишимиз умуртқа поғонаси касалликларини клиник морфологик ўзгаришларига асосланган холда, мукаммал 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 хар бир беморда индивидуал ёндашиб тахлил қилиш шифо топиши учун мухим ўрин тутади.Умуртқа поғонаси касалликларида ёшни турли контингентларга ажратиб тахлил қилганимизда 30 ёшдан 50 ёшгача беморлар тартибсиз юкламалар натижасидаги шикастланишлардан сўнгги асоратлар билан,50 ёшдан 65 ёшгачалари эса доимий юкаламалар яъни камхаракатлиликдан 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 бахо бериш натижасида, тахлил қилиш алгоритмига асосланиб эрта даволаш, асоратлар чекланишига сабаб бўлади.Бу асоратларнинг олди олиниши эса кейинги контингентни асоратсиз соғлом турмуш тарзида яшашига кенг имкон яратган бўлади.

FUNCTIONAL MORPHOLOGY OF THE ADRENAL CORE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Makhkamova S.U., Khakimov Z.K., Siddikov K.M.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Introductions. Myocardial infarction and its complications are a serious medical and social problem. Approximately 1.25 million people develop myocardial infarction every year, men are 3 times more likely than women. It is myocardial infarction that is one of the main causes of disability, and mortality among patients is 25-30%.

The incidence of myocardial infarction is steadily increasing, which may be associated with a global increase in psycho-emotional stress, as well as risk factors, the leading of which are hypercholesterolemia, arterial hypertension and smoking.

Purpose of the study. The aim of this study is to clarify the degree of deviation of the indicators of the functional state of the adrenal glands in patients with MI from those of the control group.

Materials and research methods. We examined the adrenal glands of 26 men aged 55 to 75 years who died from acute myocardial infarction in the first 6 days. The control group consisted of men of the corresponding age who died as a result of injuries at the scene - 7 observations.

The representatives of both groups did not have any signs of endocrine diseases. The homogeneity of the compared groups in terms of age and especially gender is a fundamental point.

Results and research. In the adrenal glands of people who died as a result of myocardial infarction, discirculatory processes were revealed, which are manifested by insignificant, uneven edema of the stroma, spasms and paresis of blood vessels, erythrostasis. The capillaries of all parts of the cortex are dilated, especially in the reticular zone. Along with the listed changes, microbleeds were found in the capsule and cortex, most often without a perifocal cellular reaction.

The cells of the glomerular zone were mainly small in size and had a dark, compact cytoplasm. In the bundle zone, the bulk of the cells were large and had a light, foamy cytoplasm. Among the large cells, there were extensive groups of cells with a dark, compact cytoplasm. According to some researchers, compact dark cells are the most active in the production of hormones.

As a result of morphometry, a significant thickening of the glomerular zone (by 25%), a decrease in the thickness of the reticular zone (by 45%) and medulla (by 20%), and practically unchanged thickness of the bundle zone were found.

The results of the morphometric study, reflecting the level of hormonal activity of the gland, were interpreted based on the functional orientation of its divisions. Thus, signs of a significant increased activity of the glomerular zone in myocardial infarction reflect the tension of the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS).

The state of the RAAS in myocardial infarction provides compensatory-adaptive reactions of the cardiovascular system through the powerful vasoconstrictor action of angiotensin and maintenance of volumetric blood flow using aldosterone, although according to some researchers, in a comparative analysis of changes in the concentration of aldosterone in the blood, both an increase and a decrease in the concentration of aldosterone were found. especially in the first days of illness.

Conclusions. In acute myocardial infarction in the glomerular zone of the adrenal glands, signs were found that reflect the pathogenetic role of the RAAS in myocardial infarction.

A moderate increase in the indices of the function of the bundle and reticular zones was revealed, probably of hypophysotropic (and / or hypothalamic) genesis.

Karyometric parameters of the medulla do not indicate changes in the functional state of adrenocytes.

THE QUALITY ASSESSMENT OF COMPOSITE AND COMPOMER RESTORATIONS IN THE TREATMENT OF DENTAL CARIES IN CHILDREN AND WAYS TO IMPROVE THEM

Makhmudova M.S, Em A.V., Bayzakova S.M.
Samarkand State Medical Institute

Introduction. The two most commonly used types of restorative filling materials in treatment of caries and other dental hard tissue lessions are composites and compomers. Despite the constantly expanding range of filling materials and their improving quality, 6 - 12 months after placement fillings expose different defects (discoloration, chipped edges, changes in the anatomic shape, surface roughness, reduced quality of marginal fit, etc.) that dramatically reduce the aesthetic and functional quality of restorations.

While composites and compomers restoratives have high aesthetic characteristics, fillings made from these materials have a negative effect on the mineral exchange of tooth enamel, reduce the quality of the marginal fit of the fillings and increase the risk of complications. Obviously, improving the quality of dental restorations remains a central problem in dentistry. Differential algorithms for the choice of composite materials in aesthetic dental hard tissue restorations are being developed for this purpose. In order to improve the quality of the marginal fit of restorations, it is recommended that in addition to the type of restorative material, the localization of the lesion, its type and severity should also be considered.

Objective: To improve the quality of composite and compomer restorations in the treatment of dental caries in children through differentiated remineralisation therapy.

Materials and methods of research: The material used for the study was the enamel of teeth with different diagnoses: superficial, moderate, deep and complicated caries. The studies were conducted from 2019 to 2020. Examinations were performed on 70 pediatric patients with caries of various severity. Studies were performed in dynamics: before filling, 30 minutes after; after 1-5 weeks and 3-6 months.

Scientific clinical studies were carried out in 2 directions:

1. Comparative analysis of the effect of fillings made of different types of modern materials on the resistance of tooth enamel to caries.
2. The search for an effective means to improve resistance of filled teeth to dental caries and reduce the risk of recurrent caries on the junction between the enamel and filling.

Results: A comparative analysis of the effect of remineralisation therapy on dental hard tissue mineralization, 6 months after filling, showed a significant increase in the studied indicators compared to similar results of teeth filled without mineralization therapy.

Depending on the initial diagnosis after composite filling, enamel conductivity decreased by a factor of 1.43 to 3.52; acid solubility by a factor of 1.49 to 3.38; and the conductivity of the "hard tissue - filling" boundary by a factor of 1.89 to 3.79. The corresponding reductions for compomers restorations were 2.55 to 2.70; 2.05 to 2.44 and 1.65 to 2.36 times.

Conclusion: 1. a method of scoring assessment of the quality of based on 10 features, including clinical, functional and aesthetic indicators, has been developed, which will provide objective estimates of the effect of various factors on the quality of dental treatment. 2. Acid resistance and mineralization of enamel in carious teeth is 5,15-21,48% lower than in intact teeth. The degree of enamel mineralization is inversely proportional to the severity of the carious process. 3. Enamel mineralization after composite treatment goes down by 5,02-75,21% in proportion to carious process severity, after compomers treatment by 9,20-25,4% in deep and complicated caries. 4. The dynamics of observation over the quality of fillings was determined by the stage of carious lesion and the effect of the filling material on enamel mineralization. After 6 months of composite filling 7,14 % and 28,6 % of the fillings, placed for deep and complicated caries required replacement (1-2 points) and 14,29-57,14 % of all fillings required warranty treatment (3 points); after KM filling of deep and complicated caries 8,33 % of the fillings required replacement (2 points). 5. The proposed algorithm for differentiated treatment of caries, including fillings with remineralisation therapy, significantly increases the quality of caries treatment. At 6 months after filling, there were no fillings requiring replacement (1-2 points); 25.0-33.36% of composites and 8.33-9.09% of compomers fillings scored 3 points and required warranty care.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ

Махсудов А.Т., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения больных пневмониями находится в центре внимания1 специалистов различного профиля достаточно давно, но по-прежнему не теряет своей актуальности. Ежегодно в США регистрируется 4-5 миллионов случаев внегоспитальной пневмонии, приблизительно в 25% случаев требуется госпитализация.

Результаты лечения также неутешительны — несмотря на большой арсенал лекарственных средств, это заболевание занимает седьмое место среди причин смертности и составляет 22 случая на 100 ООО населения в год.

Согласно данным Национальной системы Эпидемиологического Наблюдения за Нозокомиальными Инфекциями США (NN18), госпитальные пневмонии являются третьей по частоте формой внутрибольничных инфекций (после хирургических раневых инфекций и инфекций мочевыделитель-ной системы). Частота развития госпитальной пневмонии достигает 250 ООО случаев в год, что составляет от 13 до 18% в общей структуре внутрибольничных инфекций, а по уровню летальности данное осложнение стойко занимает первое место.

Частота развития ГП в ОРИТ у больных, находящихся в критическом состоянии, в 5-10 раз выше, чем в других отделениях больниц. По данным одного из многоцентровых исследований [300], она занимает лидирующее^ место в ОРИТ среди всех инфекционных осложнений, составляя 46,9%.

Цель исследования. Изучить функциональные и морфологические особенности острого повреждения легких при тяжелой пневмонии и на этой основе усовершенствовать респираторную поддержку при тяжелой дыхательной недостаточности, обусловленной этим заболеванием.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с острой пневмонией, которым была проведена коррекция нутритивной терапии для выполнения задачи.

Результаты исследования. В отделении-реанимации и интенсивной терапии крупного многопрофильного учрежд ения-частота встречаемости тяжелых пневмоний различного генеза может достигать 10%, при этом именно пневмония является одной из основных причин развития ¡ тяжелой дыхательной, недостаточности. Наиболее: часто тяжелая госпитальная пневмония развивается на^ фоне проведения респираторной поддержки; частота пневмонии, не связанной с ИВЛ составляет менее 20%,

Ведущую роль в развитии тяжелой госпитальной пневмонии имеют грамотрицательные бактерии. На долю грамположительной флоры может приходиться от 20% до 28%, а микст-инфекции — 41%.

Наиболее вероятные возбудители пневмонии (K.pneumoniae, P.aeruginosa, Acinetobacter и Enterobacter) резистентны к большинству распространенных в рутинной практике антимикробных препаратов. Различия в этиологии ранней и поздней вентилятор-ассоциированной пневмонии, а также нозокомиальных пневмоний, развившихся при проведении ИВЛ и на фоне самостоятельного дыхания, отсутствуют. В связи с этим сроки и условия возникновения госпитальной пневмонии (наличие или отсутствие ИВЛ) не могут служить надежными критериями для выбора эмпирической? антибактериальной терапии.

Клинические критерии ОРДС не являются высокоспецифичными: Пневмония, сопровождающаяся тяжелой дыхательной недостаточностью и требующая респираторной терапии, может протекать как без ОРДС, так и осложняться его развитием. Морфологические изменения; выявленные при рентгенологическом и патологоанотомическом исследованиях, обуславливают наличие функциональных особенностей повреждения легких при пневмонии (невыраженное снижение растяжимости системы дыхания, низкий потенциал для рекрутирования альвеол).

Тактика респираторной терапии при тяжелых пневмониях должна учитывать особенности функционального повреждения легких. У больных с пневмонией; которым выставляли диагноз ОРДС, в ранней стадии заболевания неэффективны: высокий?; уровень ШДКВ и маневр «открытия» альвеол, отсутствуют выраженные изменениям растяжимости: системы; дыхания; а анализ. кривой «объем-давление» не является: надежным инструментом при подборе ПДКВ! .

Корреляция междуиндексомвнесосудистойводывлегких и показателями оксигенации; механики дыхания при? бактериальной? пневмонии отсутствует. Это свидетельствует о том, что в ранней стадии, заболевания некардиогенный отек легких в генезе ОДН у больных с тяжелой бактериальной пневмонией не играет значимой роли.

Функциональные проявления повреждения легких на ранней стадии заболевания при бактериальном и вирусном характере пневмонии неодинаковы, что свидетельствует о целесообразности в рамках прямого механизма ОРДС выделять его варианты, обусловленные конкретной? причиной: Тактика респираторной-терапии при первичной пневмонии. A(H]N1) должна учитывать: быстрое прогрессирование нарушений оксигенации, необходимость использования высоких значений 11ДКВ для поддержания приемлемых показателей насыщения; гемоглобина кислородом,, неэффективность подбора оптимального уровня ГТДКВ на основе оценки показателей механики дыхания.

Проведение респираторной поддержки с использованием; «малого» дыхательного объема у больных с тяжелойшневмонией приводит к формированию внутреннего ПДКВ, дополнительное использование: инвертируемого отношения вдоха к выдоху усугубляет этот эффект, приводит к депрессии системы кровообращения.

Принудительная вентиляции с управлением по давлению не имеет очевидных преимуществ по сравнению с объемной вентиляцией (с убывающим потоком) при проведении респираторной« поддержки^ у больных с тяжелой пневмонией.

Неинвазивная вентиляция, при отсутствие противопоказаний, является эффективным методом респираторной поддержки при тяжелой пневмонии.

Вывод. Полученные в ходе исследования результаты позволили оптимизировать респираторную поддержку у больных с тяжелой пневмонией; показав функциональные особенности повреждения легких и обусловленные этим достоинства и недостатки, а также особенности применения конкретных режимов и приемов искусственной и вспомогательной вентиляции легких. Данное обстоятельство облегчает разработку стратегии лечения этой категории больных, что особенно важно для врачей с небольшим опытом^ практической работы.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В БЕЗОПАСНОМ РЕЖИМЕ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ

Махсудов А.Т., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС) — частое осложнение критических состояний, обусловленное развитием некардиогенного отека легких в результате повреждения (дистрофия, некроз, апоптоз) эндотелия, альвеолярного эпителия, их базальных мембран (включая структуры аэрогематического барьера) и повышения проницаемости сосудов гемомикроциркуляции при воздействии экзогенных или эндогенных факторов агрессии.

Цель исследования. Изучить функциональные и морфологические особенности острого повреждения легких при тяжелой пневмонии и на этой основе усовершенствовать респираторную поддержку при тяжелой дыхательной недостаточности, обусловленной этим заболеванием.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с острой пневмонией, которым была проведена коррекция нутритивной терапии для выполнения задачи.

Результаты исследования. Ведущую роль в развитии тяжелой госпитальной пневмонии имеют грамотрицательные бактерии. На долю грамположительной флоры может приходиться от 20% до 28%, а микст-инфекции — 41%.

Наиболее вероятные возбудители пневмонии (K.pneumoniae, P.aeruginosa, Acinetobacter и Enterobacter) резистентны к большинству распространенных в рутинной практике антимикробных препаратов. Различия в этиологии ранней и поздней вентилятор-ассоциированной пневмонии, а также нозокомиальных пневмоний, развившихся при проведении ИВЛ и на фоне самостоятельного дыхания, отсутствуют. В связи с этим сроки и условия возникновения госпитальной пневмонии (наличие или отсутствие ИВЛ) не могут служить надежными критериями для выбора эмпирической? антибактериальной терапии.

Клинические критерии ОРДС не являются высокоспецифичными: Пневмония, сопровождающаяся тяжелой дыхательной недостаточностью и требующая респираторной терапии, может протекать как без ОРДС, так и осложняться его развитием. Морфологические изменения; выявленные при рентгенологическом и патологоанотомическом исследованиях, обуславливают наличие функциональных особенностей повреждения легких при пневмонии (невыраженное снижение растяжимости системы дыхания, низкий потенциал для рекрутирования альвеол).

Проведение респираторной поддержки с использованием; «малого» дыхательного объема у больных с тяжелойшневмонией приводит к формированию внутреннего ПДКВ, дополнительное использование: инвертируемого отношения вдоха к выдоху усугубляет этот эффект, приводит к депрессии системы кровообращения.

Принудительная вентиляции с управлением по давлению не имеет очевидных преимуществ по сравнению с объемной вентиляцией (с убывающим потоком) при проведении респираторной« поддержки^ у больных с тяжелой пневмонией.

Неинвазивная вентиляция, при отсутствие противопоказаний, является эффективным методом респираторной поддержки при тяжелой пневмонии.

Вывод. Проведение искусственной вентиляции легких с безопасными параметрами позволяет предупредить развитие острого респираторного дистресс синдрома при нозокомиальной пневмонии у больных хирургической абдоминальной инфекцией, что улучшает исходы лечения.

ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М., Шадиев Б.У.
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

По данным различных авторов переломы в области вертлужной впадины являются следствием высокоэнергетической травмы, возникшей преимущественно в результате ДТП или при падении с высоты и составляют от 12 до 25 % по отношению ко всем переломам таза. В результате ДТП повреждения вертлужной впадины случаются в 40-76 % случаев. Кататравма является причиной повреждений вертлужной впадины в 11 % случаев. В структуре данного вида травматизма преобладают лица трудоспособного возраста, что указывает на социально-экономическую значимость рассматриваемой проблемы. Более половины (50—75 %) пострадавших с нестабильным повреждением вертлужной впадины становятся инвалидами.

Для лучшего понимания сложной трехмерной анатомии вертлужной впадины было предложено различать следующие образования: заднюю или подвздошно-седалищную "колонну" вертлужной впадины, переднюю или подвздошно-лобковую "колонну. Кроме того, различают расположенную между ними, наиболее нагружаемую часть суставной поверхности - "крышу" вертлужной впадины, а также переднюю и заднюю стенки вертлужной впадины.

От качества восстановления анатомии вертлужной впадины зависит, будет ли конечность опорная, а также развитие дегенеративных изменений, выраженных контрактур и болевого синдрома, и какие формы приобретет коксартроз, который неизбежен в большинстве случаев.

Цель исследования: Улучшение результатов оперативного лечения больных с переломами вертлужной впадины путем оптимизации технологии применения накостного остеосинтеза.

Материалы и методы. За период 2015-2020 годов в отделении травматологии ГУ Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии прооперировано 80 пациентов с переломами в области вертлужной впадины в возрасте от 20 до 70 лет (в среднем 45). Из них мужчин было-64 (80%), женщин-16 (20%). По локализации переломы вертлужной впадины распределялись следующим образом: переломы передней колонны у 2 (2.5%) больных, переломы задней колонны у 68 (85%) больных, переломы крыши вертлужной впадины – у 10 (12.5%) больных. При лечении применялось остеосинтез аппаратом внешней фиксаци-2 пациентам, комбинированный остеосинтез винтами и спицами-14 пациентам, остеосинтез пластиной АО-48 пациентам, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава-16 пациентам.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами 62 больных в сроки от 1 года до 5 лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой. Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение костных отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен - у 50 (80,6 %), удовлетворительный (прочное сращение костных отломков, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного) - у 10 (16,1 %), неудовлетворительный (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) – у 2 (2.5 %) пациентов.

Таким образом, при лечении пострадавших с переломами вертлужной впадины основная цель лечения должна заключаться не только в сохранении жизни, но и в максимально короткие сроки производить операцию по стабилизации костных отломков.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «АТРОПИНА И МЕЗАТОНА» ПРИ УВЕИТАХ

Мирзаева Р.З., Мирзаева А.М.
Тажимирзаева Ш.О.- студентка 4 курса педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Образование задних пигментных и стромальных синехии является одним из основных симптомов увеита. Увеит заболевание хроническое, диагноз этот пожизненный, так как при ослаблении организма его иммунной системы заболевание может обостриться. Есть данные что обострение могут появиться даже после 30 летней ремиссии. Задние синехии также могут привести к глаукоме, это происходит за счет прилипания радужной оболочки к хрусталику глаза что блокирует отток внутриглазной жидкости из задней камеры в переднюю (бомбаж радужки) . В итоге хрусталиковый блок повышает внутриглазное давление. На сегодняшний день в нашей стране регистрируется около 5-15% больных с увеитом.

Цель исследования. Провести своевременную профилактику secclusio pupillae. Ознакомить действие препаратов и применить его в более широком контингенте больных.

Материалы и методы. Обследованы 19 больных с передним увеитом вследствие различных инфекционных и аутоиммунных заболевании в возрасте от 30 до 60 лет. Методика введения препарата «Атропина сульфат» следующее. Берем 0,1% раствор атропина сульфата в дозе 0,3мл вводим под конъюктиву 1 раз в день. Для усиления действия комбинируем с мезатоном. 0,1% 0,2 мл атропина сульфата туда же добавляем 1% мезатон 0,1мл, в количестве 0,3 мл комбинированного препарата вводим субконъюктивально 1 раз в день. Лечение проводится под наблюдением врача. Важно каждый раз осматривать больного под биомикроскопом для наблюдения воспалительного процесса.

Результаты. После введения комбинированного препарата Атропина сульфата и Мезатона у определенных больных синехии уже разрываются на 3-4 сутки. Группа больных почувствовали что у них в глазу будто бы струя порвалась, процесс чуть болезненный так как синехии сами по себе так просто не разрываются.

Выводы. Атропин сульфат – М-холиноблокатор вызывает расширение сфинктера. Мезатон Альфа-адреномиметик вызывает спазм дилятатора получается двойная тяга вследствие чего синехии разрываются.

ЛИМФОТРОПНАЯ РЕГИОНАРНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Мирзаева Р.З.
Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Заболевания заднего отдела глаза - офтальмологическая патология, занимающая ведущее место среди причин слепоты и слабовидения. Необходимо своевременно и правильно выбирать тактику медикаментозного лечения.

Давно известен способ лечения дистрофических заболеваний заднего отдела глаза, при котором лекарственные вещества вводятся в пространство между глазницей и тканями глаза (парабульбарно).

Данный способ имеет ряд существенных недостатков: длительные сроки лечения, опасность повреждения тканей глаза и проникающего ранения глаза инъекционной иглой; низкая скорость всасывания лекарственного вещества из парабульбарного пространства, достаточно длинный (неоптимальный) путь доставки лекарственного средства к очагу поражения; невозможность создания выгодной концентрации препарата в очаге поражения; большая разовая суточная курсовая доза; большой объем и концентрация вводимого вещества.

Цель исследования. Изучить эффективность лимфотропной регионарной терапии у больных с глаукомной оптической нейропатией (ГОН) на разных стадия глаукомного процесса.

Материалы и методы исследования. Лимфотропную терапию использовали при лечении 32 пациентов (58 глаз) с глаукомной оптической нейропатией на разных стадиях глаукомного процесса: начальная глаукома – 8 пациентов (16 глаз), развитая глаукома – 14 пациентов (24 глаз), далекозашедшая глаукома – 10 пациентов (18 глаз). У всех пациентов отмечалось сужение полей зрения, снижение остроты зрения, изменения в структуре диска зрительного нерва (уменьшение толщины слоя нервных волокон, расширение экскавации диска зрительного нерва) по данным оптической когерентной томографии (ОКТ). Внутриглазное давление было медикаментозно компенсировано у всех пациентов.

Результаты исследования. Анализ состояния периферического зрения после лимфотропной терапии выявил у больных основной группы достоверное повышение показателя суммарного поля зрения на 59,43 ± 6,72° у 87,34% пациентов. Расширение периферических границ зрения наблюдалось в контрольной группе на меньшую величину (35,01 ± 5,35°) и у меньшего числа больных (70,25%, $p< 0,05$). Во всех четырех подгруппах преимущество по улучшению поля зрения сохранялось за лимфотропным введением препаратов.

По влиянию на сосудистое русло бульбарной конъюнктивы результаты основной и контрольной групп были приблизительно одинаковыми. Расширение исходно суженных артериол конъюнктивы склеры после лимфотропной терапии отмечены у 18,18% глаз, в контроле - у 17,80% глаз (рис. 4). Увеличение калибра суженных артерий на диске зрительного нерва определено у больных основной группы в 27,03% случаев, что встречалось в 2,14 раза чаще.

Результаты лимфотропной терапии в области сосцевидного отростка гепарином и эмоксипином у больных открытоугольной глаукомой с нормализованным ВГД.

У больных II основной группы после лечения определено повышение остроты зрения на 0,14 ± 0,01 у 83,05% глаз, в контрольной группе - на 0,04 ± 0,02 у 33,00% глаз ($p< 0,05$)

Исследованиями установлено, что после лимфотропной терапии в области сосцевидного отростка суммарное поле зрения увеличилось на 65,91 ± 4,45° у 88,06% больных, в контроле на 19,81 ± 4,87° у 60,00% больных ($p< 0,001$).

При анализе периферического зрения по стадиям глаукомы выявлено, что влияние лимфотропной терапии на больных со II стадией заболевания более существенное (улучшение на 78,10 ± 6,87° в 94,90%), чем на больных с III стадией (улучшение на 74,47 ±3,17° в 80,49%). В контроле показатель суммарного поля зрения увеличился у больных со II стадией глаукомы на 24,24 ±3,13° в 60,70%, с Ш стадией - на 28,71 ± 5,13° в 65,52%.

Таким образом, результаты лимфотропной терапии в области сосцевидного отростка по сравнению с контролем продемонстрировали качественно новый уровень лечения по восстановлению и периферического, и центрального зрения не только у больных с развитой стадией глаукомы, но и с остаточными функциями зрения.

После проведения лимфотропного лечения у пациентов с начальной стадией глаукомы отмечено повышение остроты зрения на 0.1-0.2, уменьшение количества относительных скотом на 26 %, отмечается стабильность толщины слоя нервных волокон и экскавации диска зрительного нерва.

После проведения лимфотропного лечения у пациентов с развитой стадией глаукомы, отмечено повышение остроты зрения в среднем на 0.2, уменьшение количества абсолютных скотом на 7 % и относительных скотом на 21 %, стабильность толщины слоя нервных волокон и экскавации диска зрительного нерва.

После проведения лимфотропного лечения у пациентов с далекозашедшей стадией глаукомы отмечено повышение остроты зрения на 0.2-0.3, уменьшение количества абсолютных скотом на 3 % и относительных скотом на 16 %, на 2-х глазах отмечено увеличение толщины слоя нервных волокон на 10% и уменьшение экскавации диска зрительного нерва на 5%.

Выводы. Клинически подтверждено положительное влияние на зрительные функции метода лимфотропной терапии у больных с глаукомной оптической нейропатией. При регулярном проведении курсов лечения (2-3 курса в год) стабильное внутриглазное давление у пациентов с ГОН отмечается в 98,4 % случаев, повышение остроты зрения наблюдается в 68,3% случаев, стабильность полей зрения в 81,5% случаев, стабильная картина ДНЗ по данным ОКТ наблюдается в 67,7% случаев.

Использование лимфотропной терапии позволяет улучшить трофику и микроциркуляцию в сосудах зрительного нерва, уменьшает степень выраженности патологических реакций, вызванных этиологическим фактором, происходит быстрое достижение терапевтической концентрации лекарственного вещества, уменьшается травмаопасность манипуляции, уменьшаются объемы и концентрации вводимых веществ.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ КАТАРАКТЕ

Мирзаева Р.З.
Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Цитокины — это универсальные иммунные медиаторы, регулирующие эффективность иммунного ответа и воспаления посредством передачи сигнала между иммунокомпетентными клетками.

В свете современных достижений молекулярной иммунологии установлена приоритетная роль про- и противовоспалительных цитокинов в регуляции местного воспалительного процесса, в том числе и после любого тканевого повреждения. Доказано, что локальная продукция цитокинов в очаге воспаления превосходит их системный синтез.

Хрусталик является забарьерным органом и иммунный ответ к его антигенам может быть только при нарушении гематоофтальмического барьера. В то же время показано, что иммунное воспаление и связанная с ним продукция цитокинов имеют немаловажное значение в патогенезе катаракты. С этих позиций остается открытым вопрос о локальной или системной продукции цитокинов при неосложненной катаракте и связи этого процесса с другими клинико-лабораторными маркерами системного и локального воспаления.

Выявлено, что цитокиновый профиль имеет конституциональную вариабельность даже у соматически здоровых людей, что может определять течение и исход хирургической операции по экстракции катаракты методом факоэмульсификации.

Тем самым, преоперационный уровень провоспалительных цитокинов таких как интерлейкин 1 бэта (1Ь-1Ь) и фактор некроза опухоли альфа (TNF-альфа), может прогнозировать операционные и постоперационные осложнения.

Цель исследования. Установить характер и степень выраженности нарушений иммунного и оксидантного статуса при кератоконъюнктивитах в условиях воздействия неблагоприятных экологических факторов (магнитного поля повышенной напряжённости) и разработать патогенетически обоснованные методы их коррекции.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели были обследованы 24 пациента в возрасте 28-55 лет (средний возраст 45,28 ± 0,21 лет), госпитализированных в период с февраля

по декабрь 2016 г. для хирургического лечения пресенильной катаракты. В данной группе было 14 мужчин и 10 женщин.

Критериями включения в группу было: наличие у пациента неосложненной пресенильной катаракты одного глаза; отсутствие острых инфекционных заболеваний, а также хронического гепатита С, гепатита В, сифилиса и ВИЧ-инфекции; возраст пациента от 28 до 55 лет; согласие пациента на участие в научном исследовании.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что у обследованных пациентов в крови и во влаге передней камеры глаза обнаруживались все исследуемые цитокины.

Наиболее выраженная концентрация была у IL-Ша в периферической крови и во влаге передней камеры (108,58 ± 0,59 пг/мл и 100,91 ± 0,48 пг/мл), а также для ^-1Ь (в крови 17,18 ± 0,26 пг/мл; во влаге передней камеры 10,56 ± 0,22 пг/мл) и ^-4 (в крови 4,39 ± 0,13 пг/мл; во влаге передней камеры 2,67 ± 0,11 пг/мл). Минимальные концентрации в исследуемых биологических жидкостях были у INF-a и у TNF-a. Достоверных различий между концентрациями цитокинов в периферической крови и во влаге передней камеры глаза не выявлено (р> 0,05).

Исследование корреляции между концентрациями цитокинов периферической крови и влаги передней камеры выявило положительную достоверную корреляцию для всех интерлейкинов (^-1Ь R = 0,97, р< 0,05; ^-№а R = 0,78, р < 0,05; ЮТ-а R = 0,95, р < 0,05; ТОТ-а R = 0,81, р < 0,05), кроме ^-4 № = 0,31, р > 0,05).

Тот факт, что для большинства цитокинов, которые изучаются, была получена достоверная положительная корреляция между их концентрациями в крови и во влаге передней камеры глаза, и топические концентрации всегда были ниже системных, указывает на то, что цитокины во влагу передней камеры глаза поступают из периферической крови и не вырабатываются там самостоятельно.

Проведенный корреляционный анализ между всеми исследуемыми показателями, включая цитокиновый статус периферической крови, влаги передней камеры глаза, показал ряд положительных и отрицательных достоверных корреляций, представленных в таблицах 1 и 2.

Корреляционный анализ по клиническим и лабораторным характеристикам пациентов с неосложненной пресенильной катарактой (табл. 1) показал отрицательные достоверные ассоциативные связи между уровнем лейкоцитов, лимфоцитов и ЦИК в периферической крови с одной стороны, и остротой зрением на глазу с катарактой до операции с другой. Эти данные указывают на наличие системного иммунного воспалительного ответа при катаракте.

Выводы. Расширены представления об иммунных и оксидантных механизмах на системном и местном уровне, лежащих в основе развития кератоконъюнтивита, особенностях реакции организма больного в зависимости от воздействия геомагнитного поля различной напряжённости.

Продемонстрирована возможность использования показателей функционально-метаболической активности фагоцитов и уровня цитокинов крови и слёзной жидкости для прогнозирования характера течения кератоконъюнктивита и оценки выраженности дисбаланса локального и системного иммунитета в геомагнитном поле повышенной напряжённости.

Экспериментально обоснована и клинически подтверждена эффективность применения антиоксиданта (пентагидроксиэтилнафтохинон), иммуномодулятора (полиадениловаякислота+полиуридиловая кислота) и их комбинации в составе комплексной терапии для коррекции иммунных расстройств и оксидативно-антиоксидантного дисбаланса при кератоконъюнктивите в условиях воздействии экологически неблагоприятных факторов КМА.

ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА УГЛЕРОДНЫМ ИМПЛАНТАТОМ

Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М., Исаков К.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Оперативные вмешательства по поводу удаления опухолей головного мозга, черепно-мозговой травмы характеризуются образованием послеоперационных дефектов костей свода черепа. Невзирая на непрерывное создание новых методик и материалов для реконструкции дефектов свода черепа, проблема краниопластики все еще остается актуальной. До настоящего времени нет единого мнения и алгоритма выбора материалов и сроков выполнения краниопластики.

К современным материалам предъявляется ряд требований:

1. Биологическая совместимость;
2. Отсутствие канцерогенных свойств;
3. Пластичность;
4. Возможность стерилизации и сочетания с адаптивными технологиями;
5. Совместимость с методами нейровизуализации;
6. Устойчивость к физическим и механическим нагрузкам;

7. Низкий уровень тепло- и электропроводности;
8. Оптимальная стоимость;
9. Низкий риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является улучшение результатов оперативных вмешательств с использованием углеродных имплантатов для краниопластики..

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов хирургического лечения 67 больных с черепно-мозговыми травмами пролеченных в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2013 по 2019 гг. При распределении по полу: мужчин – 53 (79,1 %), женщин – 14 (20,9 %). Возраст больных от 25 до 55 лет. По механизму полученной травмы: автодорожная – 34 (50,7 %), побои – 21 (31,3 %), бытовая – 9 (13,4 %) и производственная – 3 (4,5 %) больных. По поводу полученной травмы всем больным произведена декомпрессивная костно-резекционная трепанация черепа. По расположению дефекта костей свода черепа: лобная – 5 (7,4 %), височная – 21 (31,3 %), теменная – 39 (58,2 %) и затылочная – 2 (2,9 %) больных. Причинами повторного обращения больных были: упорные головные боли, эпилептоподобные приступы, страх повторной травматизации головного мозга, наличие косметического дефекта.

Всем больным проведено комплексное клинико-инструментальное обследование, краниографию, У 62 (92,5 %) больных проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). По размерам дефекты костей черепа подразделены на: **малые** (площадью до 10 см2) — у 25 (37,3%) больных, **средние** (от 10 до 30 см2) — у 36 (53,7%), **большие** (от 30 до 60 см2) — у 6 (8,9%). Реконструктивные оперативные вмешательства по поводу дефектов костей черепа осуществляли в сроки от 24 сут до 3 лет с момента полученияатравмы. У 3 (4,4%) пациентов выполнена первичная краниопластика, в сроки до 6 мес с момента травмы оперированы 48 (71,6%), от 6 до 12 мес — 13 (19,4%), позже чем через 12 мес — 3 (4,5%) пациентов.

Первичная краниопластика выполнялась при условии отсутствия признаков значительного повреждения вещества мозга и выраженного отека мозга. Остальным больным повторные оперативные вмешательства по устранению дефектов костей свода черепа выполнены в указанные сроки.

С целью устранения дефектов костей свода черепа использовали углеродные имплантаты 2-х видов:

1 неконтрастные углерод композиционные имплантаты;

2 контрастные углерод композиционные имплантаты.

Все оперативные вмешательства выполняли под общей анестезией. Хирургическая техника при выполнении краниопластики у всех больных стандартная. Вначале осуществляли наружный менингеолиз с последующей имплантацией пластины: углерод-углеродный имплантат устанавливали в дефект стык в стык и фиксировали костными швами; Швы снимали через 8–10 сут после операции.

Результаты и их обсуждение. При анализе эффективности и преимущества применения имплантатов обращали внимание на возможность интраоперационного моделирования формы имплантата. Биологическая совместимость углеродных материалов высокая, что доказано в клинико-экспериментальных исследованиях. Клиническую эффективность краниопластики оценивали путем анализа качества жизни пациентов с использованием унифицированной, общепринятой для пациентов в промежуточном и отдаленном периоде ЧМТ, шкалы исходов Глазго. Учитывая единый патогенетический механизм влияния закрытия дефекта костей черепа на состояние пациента, клинический ответ на оперативное вмешательство оценивали у всех пациентов. Следовательно, восстановление герметичности черепа и устранение косметического дефекта.

Следовательно, восстановление герметичности черепа и устранение косметического дефекта, обусловили устранение синдрома “трепанированного” черепа. Всем больным проводили электроэнцефалографию с помощью многоканального компьютерного электроэнцефалографа DX-NT-32, до и после операции. Во всех наблюдениях отмечено уменьшение диффузной дезорганизации ритма со сглаживанием асимметрии полушарий большого мозга. В 47 (70,1%) наблюдениях в отсутствие динамики как до, так и после операции регистрировали медленно-волновую активность в подлежащих имплантату зонах головного мозга, что обусловлено нейрональным обеднением (кистозноглиозная трансформация) в исходе контузионного повреждения. Фокальную эпиактивность в виде спайк-волн, гиперсинхронных ритмов у 39 (58,2%) больных контролировали с помощью препаратов и выявляли только во время провокационных тестов. Косметический результат 58 (86,5%) пациентов субъективно оценивали как хороший, 9 (13,4%) — удовлетворительный, что обусловлено выраженной рубцовой деформацией мягких тканей. Реактивная серома возникала у 6 (20,6%) больных через 3–7 сут после операции, проведена одно-, двукратная чрескожная аспирация. Реакция тканей была обусловлена значительной площадью раневой поверхности и необходимостью мобилизации обширных мышечно-фасциальных лоскутов, проведения манипуляций в области базальных венозных коллекторов покровных тканей головы. После операции осложнения наблюдались у 4 (5,9%) больных, в том числе геморрагические — у 1 (1,4%), инфекционно-воспалительные — у 3 (4,4%). Поверхностная раневая инфекция устранена в 2 (2,9%) наблюдениях с помощью антибактериальной терапии.

Выводы 1. Анализ результатов нейрохирургического лечения 67 пациентов по поводу посттравматических дефектов костей черепа свидетельствует о возможности применения углеродных композиционных материалов для краниопластики.

2. Применение имплантатов не показано пациентам при наличии инфекционно воспалительных осложнений с поражением мягких тканей головы, костей черепа, ЦНС в анамнезе, независимо от их давности.

3. Интеграция антибактериальных средств в структуру углеродных материалов позволит применять эти имплантаты при высоком риске возникновения воспалительных осложнений. Внедрение углеродного композиционного материала создаст условия для применения этого материала в неотложной и плановой нейрохирургии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы: Каждая травма и оперативные вмешательства на головном мозге сопровождается образованием дефектов костей свода черепа. Со временем на месте дефекта образуется кожно-оболочечно-мозговые спайки приводящие к различным неврологическим осложнениям. Одними из таких осложнений являются эпилептические припадки и упорные головные боли. Возникает опасность повторных травм головного мозга. Часто больные с такими осложнениями становятся инвалидами.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 год находились 29 больных дефектами костей свода черепа. Возраст больных от 18 до 50 лет. Среди больных мужчин – 27, женщин – 3 больных. Давность образования дефектов костей свода черепа от 3-х месяцев до 1,5 лет. Причины образования дефектов – оперативные вмешательства по поводу травмы головного мозга (оскольчатые переломы костей свода черепа, внутричерепные эпи- и субдуральные гематомы). Размеры дефектов от 6 х 5 см до 10 х 10 см. Всем больным проведены клинические и инструментальные методы исследования (рентгенография черепа в стандартных проекциях, КТ и МРТ, Эхо, ЭЭГ). На основании данных исследований проведено оперативное лечение. В зависимости от проведенных оперативных вмешательств и способов пластики дефектов черепа больные разделены на 2 группы:

1 группа – 18 больных, которым проведено краниопластика углеродным имплантатом. Фиксация имплантата производилась через дополнительно образованные отверстия шелковыми нитями.

2 группа – 11 больных, пластика дефекта свода черепа никелид титановой сеткой, которая фиксировалась к костной ткани специальными шурупами.

3 группа – 4 больных, у которых с целью краниопластики ипспользованы 3Д имплантаты.

Результаты: В послеоперационном периоде использовали антибиотикотерапию, обезболиваюшие и дегидратационную терапию. У больных 1 группы во всех случаях наблюдали выраженный отек в зоне оперативного вмешательства, с распространением на лицевую часть черепа. В отдаленные сроки признаки нагноения наблюдали у 4-х больных, у которых проведено повторное оперативное вмешательство с удалением углеродного имплантата.

У больных 2 группы в первые 3 суток после оперативного вмешательства наблюдали признаки местного отека тканей, как ответ на оперативную агрессию, В процессе лечение отеки на 4-5 сутки исчезли.

У больных 3 группы осложнений со стороны раны не наблюдались.

Выводы: Таким образом, больные с дефектами костей свода черепа должны находится под наблюдением участкового врача невропатолога.

В процессе предоперационной подготовки больным необходимо наряду с общеклиническими методами обследования проведение рентгенологического, КТ, МРТ, Эхо и ЭЭГ исследований.

В настоящее время наиболее предпочтительным способом краниопластики дефектов костей свода черепа является использование 3Д и металлических имплантатов на основе никелида титана.

Более раннее проведение пластики дефектов костей свода черепа дает хорошие результаты и является профилактическим мероприятием по предотвращению инвалидизации больных.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мирходжаев И.А., Йулдошев У.Х.
Бухарский государственный медицинский институт
Кафедра Факультетской и госпитальной хирургии, урологии

Актуальность: Одним из основных методов лечения эхинококка печени является оперативный. Послеоперационная химиотерапия производными бензимидазола (альбендазол, альбенда) является надежной

профилактикой рецидива заболевания, однако данные препараты необходимо применять в течении длительного времени (1-3 месяца).

Цель исследования: Разработать липосомальную форму альбендазола (ЛФА), оценить ее использование в интра- и в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива заболевания.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 80 больных гидатидозной формой эхинококкока печени с применением ЛФА. У 64 (80%) больных оперативное лечение было первичным, у 16 (20%) – повторным. Осложненные формы эхинококкоза печени и сопутствующие заболевания наблюдали у 11 (15,9%) больных. Выполняли следующие виды оперативных вмешательств: открытая эхинококкэктомия – у 3 (3,8%), полузакрытая эхинококкэктомия - у 61 (76,3%), идеальная эхинококкэктомия – у 7 (8,8%), перицистэктомия – у 9 (11,1%) больных. Антипаразитарную обработку гидатидозных кист производили по разработанной нами методике: после пункционной аспирации жидкого содержимого гидатидозной кисты в ее полость вводили равное количество водного раствора ЛФА с экспозицией 10-15 минут. После чего вскрывали фиброзную капсулу, удаляли элементы эхинококковой кисты печени. Остаточную полость обрабатывали ультразвуком низкой частоты (УЗН-4). Источником ультразвуковых колебаний служил серийный ультразвуковой генератор УРСК-7Н-18 с набором акустических узлов. При обработке остаточной эхинококковой полости ультразвуком производили полное удаление элементов паразита с внутренней поверхности. Для оценки эффективности предлагаемой нами методике после антипаразитарной обработки содержимое кист подвергали микроскопическому исследованию. Эффективность методики контролировали методом иммунносерологических реакций, а также ультразвуковым исследованием остаточных полостей печени.

Результаты и обсуждение: Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения эхинококка печени с применением ЛФА изучены у 62 больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции с помощью динамического ультразвукового и рентгенологического исследования органов брюшной полости.

Необходимо отметить, что в 56% случаев выявили интенсивное уменьшение объема полости, в 33% случаев полное её исчезновение, наличие сухих или обызвествленных кист наблюдали в 11% случаев. В отдаленном послеоперационном периоде случаи рецидивирования заболевания не наблюдали. При микроскопическом исследований смывов из остаточной полости после антипаразитарной обработки ЛФА выявили лишь погибшие и разрушенные на фрагменты сколексы и протосколексы, причем токсических проявлений антипаразитарной обработки ЛФА не наблюдали. С 8-11 суток после операции больным дополнительно перорально назанчали ЛФА в дозе 10-12 мг/кг в сутки в течении 14 дней.

Заключение: ЛФА оказывает более эффективное антипаразитарное действие, чем свободная форма препарата. Данная методика обработки остаточных полостей обеспечивает надежную профилактику послеоперационных рецидивов заболевания.

ЛИМФОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НОГ

Василевский Э.А. Михайлевич И.Е. Мусашайхов Х.Т. Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С. Суюнов Д.М
Медицинский институт Андижан Узбекистан

Воздействие на патологические изменения в лимфатическом русле, от которого зависит прогрессирование и осложнения прцесса, изучена крайне недостаточно. Это приводит к зайстоным, дистрофическим и воспалительным изменениям во всей сосудистой, лимфатической системе конечности, окружающих тканях, нарушению микроциркуляции. (В.С.Савельев, А.И. Криенко, Р.А. Григорян, И.А.золотухин 2003; В.Ю Богачев 2004; О.А.Шумков, В.А.Роддинова, С.З.Хмиырова 2007; Б.С.Суковатых, М.Б. Суковатых и др.2012).

Цель: Улучшить этипатогенетическое лечение больных с варикозной болезнью ног, путём проведение стандартной и лимфатической терапии.

Материал и методы: Из наблюдаемых 100больных с ВБ ног: женщин 44, мужчин-16, в возрасте от 20 до 54 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 русле, лимфатическую систему ноги. По разработанной методике через стопу пораженной ноги подкожно вводим последовательно растворы новокаина, гепарина, лазикса. По показаниям добовляем димедрол, иммуномодулин, антибиотик.

Результаты исследований: Комбинированная лимфатическая терапия у 60 больных,в стадии субкомпенцасси после первых сеансов прекращались чувство тяжести, утоляемости, судороги конечности. После 3 сеанса ЛГ действующей на общие и местные прявления патологического процесса, значительно уменьшались боли, отёки, явления дерматита у 85% больных.

Восстанавливалась функция конечности. Не было осложнений кровотечений, тромбофлебитов, тромбоэмболии. У 20 болных контрольной группы при традиционном лечении, улучшение местного и общего характера наступали на 5-6 день. В20% случаев отмечались осложненгие (отёки, тромбофлебит, дерматито, трофические язвы).

Выводы: Таким образом, лимфатическая терапия у больных с ВБ ног способствуют этиопатогенетическому воздействую, уменьшению патологических изменений в гемолимфоциркуляторном русле, купирует местные и общие клинические проявлении Вб ног, восстанавливает здоровые больных, реабилитацию.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ САНЭНЕКТОМИИ

Михайлевич И.Э., Василевский Э.А., Джумабаев Э.С., Салахиддинов К.З., Пакирдинов А.С., Киличев М.Р., Суюнов Д.М., Аблакимов Н.К.
Андижан медицинский интитут

В Ангиологии до сих пор остаётся нерешённым вопрос профилактики осложнений после сафенэктомии. Варикоз расширения вен ног(ВРН) одно из самых частых заболеваний сосудистой системы. До 15-20% больных с этой патологией нуждаются в (В.С.Савельев, А.И.Кариенко)2004; Б.С.Суковатых М.А Суковатых и др 2012 хирургическом лечении.

С целью профилактики воспаленний, тромбозов после сафенэктомии мы применили лимфатическую терапию по разработанной на кафедре методике.

Традиционная лечение и профилактическую лимфатическую терапию провели у 12 больных. Среди 7 больных иелась венозная недостаточность одной ноги, у 5-обеих ног. В связи с тяжестью поражения, сафенэктомия проводилась в сочетании способов Троянова- Тределенбурга, мадалунга, Соколова. 7 больным с ВРН проводили традиционное лечении. С целью создания эффективной концентрации антибактериального, анти коагулянтного препаратов, профилактики нарастания интерстициального отёка, повышения/ транспортного потенциала лимфатической Мы применяем лимфатическую на сэтой целью стопе терапию подкожно между систеимы 1-2 пальцем на 1-2 см.Выше складки вводим 5 мл. 0, 0,5% раствор новакаина гепарином 500гр. С не вынимая иглу лидиенко из лимфостимуляторов/ лидазу, трипсин/, а затем антибиотик широкого спектра действия/ гентамицин, ампициллин/ в разовий дозе применяем фермента. Однако у больных с изменениями коагулограммы и у пациентоа пожилого возрастаЮ стариков использовали гепарин с первого дня после операции один раз в сутки и продолжаем в течении 4 -5 дней.

Выводы; леченных лимфатическим способом происходило без признаким воспаления заживление раны и нормализция температуы, что свидельствуют о более гладком течении послеоперационного периода. У больных это позволяло болееранюю активизацию и ходьбу больных. Признаки расстройства микроциркулярции и отёк не наблюдались. У больных с нарушенной свертываемостью крови показатели нормализовались. При контрольной капиляроскопии на поражённой конечности застойные явления в венах ликвидировались бысрее, чем при традиционных методах послеоперационного ведения больных.

FORENSIC MEDICAL ESTABLISHMENT OF THE POSITION OF THE INVISED INSIDE INSALON WITH AN INLATABLE AUTOMOBILE INJURY FOR INJURIES OF THE PELVIS AND LOWER LIMBS

Mydinov M.B., Imomov Kh.M.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Despite the large amount of work devoted to the study of trauma inside the car, the forensic literature still remains uncovered issues of non-fatal car injury inside the vehicle.

One of the most important tasks of the forensic medical examination of victims inside the car is to identify the person driving the vehicle at the time of the road traffic accident in terms of frequency, nature, location and mechanisms of bodily injury, differentiating them from injuries characteristic of a front seat passenger.

Purpose of the study: To develop forensic criteria for determining the location of victims (driver, front seat passenger) inside the passenger compartment in a non-fatal car injury and some types of collisions in road traffic accidents based on studying the patterns of formation and features of injuries to the pelvic region and lower extremities, damage to clothing and shoes using mathematical analysis.

Materials and research methods. This work is based on a comprehensive morphological and mathematical analysis of injuries to soft tissues, pelvic bones, pelvic organs, lower extremities, clothing and shoes based on the results of 50 forensic medical examinations of victims who received non-fatal injuries inside cars in 44 road traffic accidents (RTA) ...

Research results. When analyzing the data by gender, age of the injured participants in road accidents, it turned out that men make up the absolute majority of drivers (95.4%), the distribution of front seat passengers among men and women is approximately the same and amounts to 51.8% and 48.2%, respectively. Among the

drivers, persons aged 25-44 years (69.5%) prevailed, and among front-seat passengers - in the age group 15-34 years old (65.2%).

At the time of the collision, the victims were in cars of various brands, both domestic and foreign.

The analysis of the material was carried out separately, depending on the place of impact on the car for seven types of accidents: frontal median collision (FS) - the place of impact in the front middle part of the car; frontal left collision (FLC), frontal right collision (FPS) - the places of impact, respectively, in the front left and front right parts of the car; lateral left collision (BLS), lateral right collision (BPS) - the places of impacts were located respectively in the lateral left and lateral right parts of the car; passing collision (PS) - the impact fell on the back of the car. Separately, we have identified the type of accident - a collision with a fixed obstacle (NP). Vehicle speeds varied from 30 to 110 km / h. In 177 cases (35.2%), the victims used a seat belt (RB).

Conclusions. The type of collision, the speed of movement, the presence of seat belts and the design features of the traumatic parts of the car interior determine the nature, location and extent of injuries to the pelvic region and lower limbs in the driver and front passenger in case of non-fatal injury inside the car.

On the basis of the analysis of injuries to the pelvic area and lower extremities, the patterns of their formation (localization, frequency and mechanisms of formation), both in the driver and in the front seat passenger in different types of collisions, have been revealed.

Revealed damage to clothing and shoes in case of non-fatal injury inside the car is mainly formed by the driver and makes it possible to determine the type of collision.

The carried out mathematical analysis of injuries to the pelvic area, lower extremities, clothing and shoes made it possible to develop diagnostic criteria, the use of which increases the likelihood of determining the location of injured persons inside a car.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

Муйдинова Барно Аскаровна
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Актуальность. 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.

Материали и методы. 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 химикоинструментальной 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.

Вывод. Приведенные методы лечения являются весьма перспективными и могут быть внедрены в отечественную медицину. Единственный «минус» данных систем - высокая себестоимость.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 KillipII-IV	***2***	***39,13 %***	***40,58 %***	***33,33 %***
Подъемы сегмента ST передней локализации или блокада ЛНПГ	***1***	***56,52 %***	***60,87 %***	***60,61%***

Артериальная гипертензия в анамнезе	***1***	***91,3 %***	***86,96 %***	***95,46 %***
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 недостаточностьпо 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 тахиаритмий.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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. Оценить эффективность и безопасность комбинированного применения парентеральных и оральных антикоагулянтов при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей.

1. Выявить число и особенности локализации тромбозов при комбинированном применении парентеральных и оральных антикоагулянтов.
2. 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 антиткоагулянтов 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 случая (94,9%). У 5 пациентов был поражен подколенно-берцовый сегмент (4,4%), у 2 – бедренно-подколенный (0,7%). Клинических тромбоэмболических 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.

ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Введение (актуальность). В развитии операционного стресса и последующего эндокринного стрессорного ответа большое значение имеет активация симпатического звена вегетативной нервной системы, вследствии 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 IL-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 IL-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 IL-8 повышались к окончанию операции в группе ИА в 3 раза, в группе ТВА в 2 раза ($p \leq 0,05$). В соотношении IL-8/IL-10 к окончанию операции в

группе ИА имелось значимое преобладание IL-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 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.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АНТИАГРЕГАНТОВ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Введение: На сегодняшний день практически все схемы лечения или профилактики тромбозов и тромбоэмболий 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 персонифицированное 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 пентоксифилин 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 пропагации – 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) значимо 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 t 1 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).

МОНИТОРИНГ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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°С (правое – 36,74 ± 0,37°С, левое – 36,64 ± 0,32°С). 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°С, причем температура мозга оказывалась выше базальной температуры на 1-2,3°С. Среднеполушарная температура составила: правое – 38,0 ± 0,45°С, левое – 37,94 ± 0,28°С, превышая показатели, зарегистрированные у здоровых лиц более 1,5°С ($p<0,01$). У больных КК широко варьировали от 0,848±0,05, до -0,370±0,09, демонстрируя выраженную термогетерогенность мозга. 38 пациентов умерли на 3-10 день после дебюта ишемии. У этих пациентов ót°С «горячие»/«холодные» участки коры превышал 2,5°С, а КК утрачивали достоверность. Сравнение температур, зарегистрированных с помощью имплантированного датчика и методом СВЧ-радиотермометрии показали расхождение в пределах ±0,2°С, 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.

FORENSIC ASSESSMENT OF THE DEGREE OF DAMAGE TO HEALTH AND DEFECTS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE AT THE HOSPITAL STAGE TO SUFFICIENTS IN ROAD TRANSPORTATION ACCIDENTS

Naumonov M.M., Akhmedova M.S.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Road traffic injuries are the leading cause of violent deaths among people under 45 years of age.

The solution of the problems caused by road traffic injuries is impossible without studying medical, social and legal aspects, without close interaction of the forensic medical service with health authorities.

The quality of forensic medical examinations is largely determined by the perfection of industry regulations.

Purpose of the study. To develop a concept for improving the forensic medical assessment of the degree of harm caused to human health with fractures of the bones of the musculoskeletal system, and a method for predicting the outcomes of medical care in road traffic injuries.

Material and research methods. The process of solving problems consisted of seven stages of a comprehensive medical and social research using an epidemiological, analytical, logistic, systematic approach, expert assessments, social and hygienic, reporting and content analysis and statistical methods. Research results. Analysis of case histories on the compliance of the provided medical care with federal and local standards and instructions was carried out in four blocks of DOMP: collection of information (51.4%); diagnostics (21.1%); treatment (19.1%); continuity (8.4%).

The dominant block "information gathering" united: defects in direct research (55.6%); suboptimal use of laboratory and instrumental diagnostics resources (35.0%); defects in attracting medical consultants (9.4%).

Defects in direct research took place: when collecting complaints (4.0%), anamnesis of trauma (16.3%) and life (38.5%); when describing the general status (16.3%) and during physical examinations (24.9%). Defects in laboratory tests consisted in inadequate blood tests for coagulation (35.9%), for blood group and Rh factor (45.6%), for biochemical parameters (18.5%), and defects in instrumental diagnostics - in failure to comply with what the patient needs. ECG (96.3%), CT or MRI (2.4%) and X-ray examinations (1.3%).

Defects in the “diagnostics” block consisted in the fact that diagnoses were made without the necessary laboratory and instrumental studies (46.1%) and specialist consultations (12.1%), taking into account concomitant diseases (8.5%). Bone fractures (49.0%), soft tissue bruises (42.9%), and internal organ injuries (8.1%) were not diagnosed in 22.1% of patients.

Defects in the “treatment” block are represented by insufficient volume and cessation of treatment until a persistent clinical effect (45.4%), violation of OMP standards (31.7%), late started treatment (9.3%) and excluding concomitant diseases (13, 6%).

Violations of "continuity" are represented by: short discharge epicrises without research results; lack of recommendations to the patient (45.0%); late “transfer of the patient” to the polyclinic (13.3%) and late visit to the polyclinic after discharge from the hospital or complete loss of communication with him (9.2%).

Conclusions. The foregoing allows us to conclude that the assessment of the degree of harm caused to the health of the victim by bone fractures (provided there is no harm that is life-threatening) should be carried out according to the outcome of treatment. If the outcome is not determined by the end of the year, it is advisable to establish the degree of harm caused to health by a bone fracture in conjunction with a traumatologist and / or neurologist (in case of injury to the nerve trunks).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш.
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Резюме. Отрывные переломы в области локтевого сустава являются абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Применение аппарата Илизарова в лечение данных повреждений

зарекомендовали себя, как наиболее эффективными методами остеосинтеза у детей. Представлены результаты лечения за последние 10 лет.

Введение. Лечение детей с отрывными переломами плечевой кости является значительной проблемой, которая связана с внутрисуставным характером повреждений, значительным смещениями костных фрагментов за счет мышц и повреждением капсуло-связочного аппарата локтевого сустава. [1]. Анализ литературных источников, указывает на различные виды остеосинтеза, основанные на восстановление конгруэнтности сустава при диастазе более 5 мм. [2,3]. Как известно, данная патология при не эффективном оперативном лечение приводит к развитию ложных суставов, стойким контрактурам и осевым деформациям. [4]. Одним из элементов патогенеза отрывных переломов плечевой кости, помимо самого смещения, является состояние мышечно-сухожильного натяжение. [5].

Цель исследования - улучшения хирургического лечения при отрывных переломах плечевой кости у детей с применением аппарата Илизарова.

Материалы и методы. За последние 10 лет на базе ГУ РСНПМЦТиО в отделения детской травматологии было прооперировано 622 пациентов с апофизеолизом внутреннего надмыщелка и 731 пациент с остеоэпифизеолизом головчатого возвышения плечевой кости.

Возраст пациентов составил от 2 до 17 лет. Всем пациентам производились стандартные рентгенографии и МСКТ исследование при застарелых травмах. Наиболее часто отрывной перелом головчатого возвышения оперировался на сроке 1-4 сутки 580 пациентов, 138 до 10 дней, 13 случаев обратились на сроке 3-4 недель. Методика направлена на репозицию головчатого возвышения открытым способом и закрепление его перекрещенными упорными спицами, создание компрессионного состояния костных отломков противоположной спицей от нижнего диафиза плечевой кости и монтировку аппарата Илизарова из двух полуколец, создание стабильно-функционального остеосинтеза. При апофизеолизе внутреннего надмыщелка 489 пациентов подвергались оперативному вмешательству впервые 3^{oe} суток, 104 пациента спустя 2 недели после травмы, застарелые случаи составили 29. Данным пациентам, после открытого сопоставления оторванного отломка спицу Киршнера с упорной площадкой проводят через костный фрагмент, в противоположном направлении проводят еще одну спицу через нижнюю часть плечевой кости, создают противоположную компрессию и монтируют аппарат Илизарова с двумя полукольцами. При застарелых случаях пациентам дополнительно проводились поперечные и Z-образные фасциотомии мышечно-сухожильнного компонента.

Результаты. Анализ результатов хирургического лечения отрывных переломов плечевой кости у детей показывает, что при раннем и правильном лечении у большинства больных полностью (96%) восстанавливается нормальная анатомия локтевого сустава и функция поврежденной конечности. Наиболее лучшие результаты дает использование стабильно-функционального остеосинтеза при помощи аппарата Илизарова.

Заключение. Предложенный способ остеосинтеза аппаратом Илизарова в различной компоновке является малотравматичным, обеспечивает условия срастания перелома и раннее восстановление функции в локтевом суставе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ниматов Ф.С, Ступина Н.В., Азизов А.М., Валиев.О.Э., Хакимов А.Д., Махмудов А.А.
РСНПЦТО

Оперативное лечение поражения тазобедренного сустава при ревматоидном артрите в современной ортопедии тесно связанна с применением эндопротезирования тазобедренных суставов.

Однако в послеоперационный период в связи присутствием основного заболевания риск осложнений очень высок. Это в первую очередь связанно в высоким риском воспаления в области эндопротеза. На сегодняшний день есть множество лекарств уменьшающих риск послеоперационных осложнений. Большинство из этих препаратов уменьшают активность ревматоидного артрита а также снижают иммунитет. К сожалению длительный прием этих препаратов увеличивает риск осложнений от побочных эффектов этих препаратов. На сегодняшний день использование экстракорпоральных методов очистки крови широко применяется при системных заболеваниях соединительной ткани. Одним из таких методов является плазмоферез.

Плазмоферез используется при высокой активности заболевания как вспомогательная терапия часто в комбинации с базисной терапией. Данная комбинация увеличивает эффективность последних. Пациенты после эндопротезирования тазобедренного сустава подвержены риску осложнений изза высокой активности ревматоидного артрита.

А также пациенты в начальном периоде ревматоидного артрита которым не произведено эндопротезирование тазобедреннго сустава также могут получить плазмоферез. Это в свою очередь увеличивает эффективность получаемой базисной терапии а также продливает срок эндопротезирования.

Наш опыт применения плазмофереза в сочетании с базисной терапией у пациентов с ревматоидным артритом которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава показывает длительное снижение активности заболевания что в свою очередь увеличивает выживаемость эндопротезов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

М.Ф.Нишанов. Д.Ш.Хожиметов
АГМИ, г. Андижан

Цель исследования: Установить причины релапаротомий при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и некоторых заболеваниях кишечника. Разработать пути их профилактики.

Материал, методы и результаты исследования: В 3 хирургическом отделении клиники Андижанского мединститута с 2015 по 2020 годы было произведено – оперативных вмешательств по поводу абдоминальной патологии, с общим числом релапаротомий - 52. Из них 27 релапаротомий произведено при ЯБДПК и некоторых заболеваниях толстой кишки (контрольная группа).

С 2015 по 2020 годы было произведено – 2600 оперативных вмешательств по поводу абдоминальной патологии, с общим числом релапаротомий – 14. Из них 6 релапаротомий произведено при ЯБДПК и некоторых заболеваниях толстой кишки (исследуемая группу).

Всем больным наряду с общеклиническими, проводились современные методы инструментального исследования.

В контрольной группе функциональные нарушения МЭФЖ диагностировано у 6 (1,5%) больных. Оптимизировав хирургическую тактику в исследуемой группе функциональные нарушения МЭФЖ в раннем послеоперационном периоде диагностировали в 7 (4,3%) случаях.

Убедительным признаком нарушения эвакуации из культи желудка считали задержку содержимого в объеме 500 мл и более. Возникшее в первые 3 дня и сохранившееся после 5-го нарушение эвакуации из желудка с задержкой содержимого более 1000 мл в сутки чаще бывает связано механической причиной. Вышеперечисленные положения позволили разработать достоверный критерий диагностики нарушений МЭФЖ.

Главным диагностическим признаком критерия явилось количество желудочного отделяемого по зонду, превышающее 500 мл. Основными диагностическими признаки явились: 1) чувство тяжести в эпигастральной области, 2) икота, 3) отрыжка, 4) тошнота, 5) рвота, 6) вздутие живота.

Показания к повторной операции ставились, когда было безрезультатным консервативное лечение, имелся синдром непроходимости анастомоза, подтвержденный динамическими рентгенологическими исследованиями, рвота продолжалась, а больной слабел.

Выводы. Внедрение в клиническую практику ряда усовершенствованных методик диагностики и лечения расстройств МЭФЖ позволило, а также корректировка предоперационной подготовки, ведения послеоперационного периода, а также внедрение модифицированной РЖ дали возможность предотвратить релапаротомии и, соответственно, летальных исходов.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нишонов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Бахриддинов К., Абдурахмадов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Цирроз печени является не просто необратимым заболеванием, но и серьезной угрозой для жизни человека. Процесс течения заболевания сопровождается постепенным отмиранием клеток печени, в результате чего её размеры постепенно уменьшаются. Согласно статистическим данным, во всем мире у 5% населения выявляются хронические гепатиты вирусной этиологии, которые в 30% случаев трансформируются в цирроз печени. Второй по значимости этиологический фактор развития данной патологии - чрезмерное употребление алкоголя. У 13 тысяч человек на 1 млн. диагностируются алкогольные поражения печени, которые у 40% пациентов ведут к развитию цирроза.

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с циррозом печени различной этиологии по статистическим данным.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в отделении гепотологии и III- хирургической отделении АндГосМИ за 2018 года.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый промежуток времени всего было вылечено 220 пациентов с циррозом печени. Из них: 96 женщин (43,7%) и 124 мужчин (56,3%). Средний возраст пациентов составил 45,8±5,5 лет. 188 больных (84,5%) госпитализированы в плановом порядке 32 пациентов (15,4%) в экстренном порядке в связи с осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) портального генеза. Класс тяжести цирроза печени пациентов по системе Child-Pugh, класс тяжести А 20 (9 %), В 46 (21 %), С 154 (70%) пайиентов. Оценка печеночно-клеточной недостаточности проводилась на основе лабораторных показателей: Уровень общего билирубина составил 24,7±14,7мкмоль/л, АЛТ 30,6±20,8 ед, АСТ 38,9±20,8 ед. Уровень общего белка в сыворотке крови составил73,2±5,8 г\л, альбумина – 36,5±5,6 г\л, ЩФ-242,6±141,2 ед\л. Показатели коагулограммы были следующими: протромбиновый индекс (ПТИ) 0,77±0,13, АЧТВ34,7±6,4 сек.,уровень фибриногена 2,7±0,6 г/л, тромбоцитов 161,0±60,7*109/л. Согласно протоколам лечения, пациентам с циррозом печени назначались следующие группы препаратов: гепатопротекторы, блокаторы желудочной секреции, ферменты, диуретики, гемостатики, белковые препараты (СЗП, альбумин), антибиотики. По результатам проводимого консервативного лечения из 140 пациентов лечившихся консервативно на базе АндГосМИ гепатологии и 3- хирургии, 135 пациентов (96,4%) были выписаны из стационара с клинико-лабораторным улучшением, 3 пациента (2,1%) - без перемен, у 2 пациентов (1,5%) имела место отрицательная динамика состояния с летальным исходом. Хирургическое лечение назначено 80 пациентам на базе 3- хирургии. Использовались следующие методы оперативного лечения: эндоскопическое легирования вен пищевода 24 (30%) пациентов, зонд Блэкмор было поставлено 54 (67,5%) больным, 2 пациента (2,4%) отказались от хирургического лечения.

Выводы. У 52,5% пациентов при объективном обследовании выявлены клинико-инструментальные признаки осложнения цирроза печени как портальная гипертензия, явлениями печеночно-клеточной недостаточности. Класс тяжести (70%) по системе Child-Pugh.3. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени являются эффективным средством профилактики желудочно-кишечных кровотечений. Ранняя диагностика заболеваний, имеющих тенденцию к формированию цирроза печени, диспансерный учет и своевременное обращение за медицинской помощью позволяют существенно снизить негативные последствия развития данной патологии.

ORTHOPEDIC INNOVATIVE METHOD TREATMENT OF CLUBFOOT

PhD Nurimov G.K. [1]***, Jumamurotova I.I.,*** [1] ***Supiyev E.O.*** [2]
Urgench branch of TMA [1]***, Urgench, Uzbekistan, Uzbekistan***
Khorezm Regional Center for Rehabilitation and Prosthetics of Persons with Disabled [2]***, Urgench***

Introduction: 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. [BM Vlasov, 2006; GK Nurimov, 2015].

According to the literature, if one of the parents has a clubfoot, the probability clubfoot in a child is 3-4%. If both parents suffer from clubfoot, the child has a 15% chance of clubfoot [Caris E Grimes, 2016]. 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[Spiegel D.A. Loder RT.,2003].

Aim: To reduce disability by early diagnosis of clubfoot and early initiation of treatment with modern orthopedic methods.

Material and 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.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯХ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К.[1], Назарова Н.З.[2], Асилова С.У.[2]
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч[1],
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент[2], Узбекистан.

Актуальность: Повреждения верхней конечности занимают второе место среди травм опорно-двигательного аппарата; при этом в 31-48% случаев они приводят к стойкой утрате трудоспособности.

Повреждение лучевого нерва даже в условиях оказания высококвалифицированной помощи развиваются стойкие нейрогенные, вызванные денервацией мышц с различной степенью выраженности нарушения функции и к стойкой деформации кисти и как следствие –к инвалидизации пациентов.

Цель: Улучшит результатов хирургического лечения при повреждения лучевого нерва в разных сроках

Материал и методы: В центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмской области и специализированной центр хирургии суставов и кисти 2015-2020 г. при многопрофильной клиники ТМАнаходились 80 больных с повреждением лучевого нерва. Повреждение лучевог о нерва была при закрытых переломах плеча, в средней и нижней трети плеча у-50., на уровне локтевого сгиба у 13, на уровне верхней трети предплечья у 10 больных, ятрогеных ранений во время остеосинтеза плечевой кости у 7 больных.

При частичных блокадах проводимости нерва, когда явно не нарушено целостности нерва у 15 больных проводили выжидательная тактика.

При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья у 18 больным произведена нейрорафию (сшивание нерва - восстановление его анатомической непрерывности) ,у 22 больным произведена невролиз (ревизия нервного ствола и освобождение нерва от рубцов).

Основным методам лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели у 25 больных.

Проводя анализ наиболее известных методов сухожильно-мышечных транспозиций при повреждений лучевого нерва и изучив их преимущества и недостатки, нами было предложен ряд собственных усовершенствованных методик.

Перемещенную мышцу следует проводить под кожей по самому короткому и прямому пути к сухожилию парализованной мышцы и пришивать ее при повышенном напряжении.

Отдаленные результаты восстановительного лечения прослежен у 67 больных, что составляет 83,7%. Результаты оценивались по 3 большой системе, в зависимости от жалоб больного, трудоспособности и данных объективных исследований. Хорошие у – 50 (75 %), удовлетворительные у - 15 (22,5 %), неудовлетворительные у - 2 (2,5 %) больных.

Таким образом, хирургические лечение больных с повреждениями лучевого нерва включает в себе рациональное использование хирургических приемов, т.е. восстановление лучевого нерва раннее поступление больных, а позднее требует применение различных вариантов сухожильно-мышечных транспозиций и консервативных средств, способствует восстановлению функции повреждений конечности возвращению трудоспособности и значительному снижению отдаленных осложнений.

Выводи: 1. Хирургические лечение применятется при сдавления нервов невролиз, при польных повреждения конец в конец, вслучаях дефекта нервах аутонейропластика.

2. При паралича нервов производится перемещения сухожилий сгибателей на разгибателей.

РОЛЬ И МЕСТО КОМБИНИРОВАННЫЙ ВАГОТОМИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПРИ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ

А.Т. Нуритдинов., Д.М. Суюнов., А.С.Пакирдинов
Андижанский государственный медицинский институт

В клинике хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки с 1973 г. По 2015 г включительно операцией выбора стала ваготомия в её различных вариантах с дренирующими желудок операциями.

За 42 лет было оперировано с перфорацией язвой 247 больных. В период внедрения ваготомии в клинику из – за отсутствия в дежурной бригаде хирурга, владеющего ваготомией 158 пациенту проведена ушивание язвы, 10 больным резекция желудка, а у 120 больных исссечение язвы. СПВ с ушиванием язвы произведена у 1, стволовая ваготомия и иссечением язвы у 38 стволовая ваготомия с ушиванием язвы и наложением дренирующего желудок анастомоза для предупреждения стеноза у 15, и у 5 больных передняя СПВ задняя стволовая ваготомия с иссечением (Hill1979).

Определяющими условиями в выборе способа ваготомии является выраженность и характер перитонита, время и возраст больных. При местном характере перитонита обычно выполнялось селективная проксимальная ваготомия, при разлитом чаще применялось ушивание перфоративного отверстия, стоволовая ваготомия с ушиванием и наложением гастроэнтероанастомоза, при отсутствие перитонита резекция желудка.

В последнее время мы стали применять операции Hill а (комбинированная ваготомия с иссеченем язвы) которая по адекватности не уступает СПВ, а по польноте стволовой ваготомии, при выполнении занимает меньше время, при ургентной хирургии именно фактор времени играет немаловажную роль.

Таким образом, применение комбинированной ваготомии с иссечением при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки позволяет уменьшит летальность добиться уменьшения осложнений по сравнению с резекцией желудка и ушивание язвы

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ УШИВАНИЯ ИЛИ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Нуритдинов О.Т., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт

В условиях плановой хирургии среди всех оперированных по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), 10-15 % составляют больные в прошлом перенесшие ушивание прободного отверстия дуоденальной язвы (ДЯ). Причинами повторных операций в таких случаях служат проявления основного, не устраненного во время первого оперированного вмешательства механизма патологического процесса, т.е. наличие «продолжающейся» язвенной болезни.

Несмотря на имеющиеся работы, посвященные повторным и реконструктивным операциям на желудке исследования, по данной проблеме незначительны, и не раскрывает целый ряд вопросов: каковы особенности клинического течения и симптоматология продолжающейся ЯБДПК после ушивания прободной язвы ДПК; какие из осложнений, а также клинические варианты язвы ДПК наиболее часто являются причинами повторных оперативных вмешательств; какое оперативное вмешательство наиболее оправдано у данного контингента больных; какие меры хирургической профилактики необходимо принять, чтобы уменьшить число повторных оперативных вмешательств?

За период с 1991 по 1999 годы на базе кафедры факультетской игоспитальной хирургии АндГосМИ 343 больных при перфорации ДЯ перенесли паллиативные (ушивание или иссечение) операции.

Из 343больных перенесших паллиативные операции при прободной ДЯ, повторно оперированы 224(65,3%). Эти 224 больных явились основным материалом нашей работы.

В процессе проведенной работы у исследуемых больных определены особенности клинического течения «продолжающейся» болезни: в 75,0 % случаях имелось частое обострение болезни (до 4 раза в год), в 64,3% больные неоправданно длительное время получали противоязвенное амбулаторное и стационарное лечение, в 19,6 % -не работали в связи с инвалидностью (сроком 2-6 лет). Вместо с тем определено, что наиболее частым осложнением явился пилородуоденальный стеноз различной степени выраженности-у 85,8% больных, а также следующие клинические варианты ДЯ; незажившая –у 47,8%, рецидив-у 29,5%, новая локализация –у 17,4% больных.

Нами также установлено, что функциональное состояние желудка обусловлено возникшими «новыми» условиями (перенесенные паллиативные операции) и проявляется двигательными расстройствами, а также нарушением ощелачивающей функции отдела желудка. При этом, в 78,2 % случаев стеноз выходного отдела желудка находится в суб-и декомпенсированном состоянии.

Таким образом, установленные особенности клинического течения, симптоматологии, характера осложнений, вариантов язв ДПК, а также функционального состояния желудка и ДЯ позволили уточнить показания и выбор повторной операции. В результате проведенной работы частота послеоперационных осложнений связанных с вмешательством на желудке снизилось с 164 до 5,0 %, а послеоперационная летальность снижена с 4,9 до 2,2%.

ESTABLISHING THE POSITION OF THE DRIVER AND THE PASSENGER OF THE FRONT SEAT IN THE CABIN OF PASSENGER CARS EQUIPPED WITH MODERN SAFETY MEANS IN ROAD AND TRANSPORTATION ACCIDENTS

Nurmatov Kh.V., Akhmedova M.S.
Department of Pathological Anatomy and Forensic Medicine
Andijan State Medical Institute
Andijan branch of RSTEIAM

Relevance. Examination of the nature and mechanism of damage caused by a car injury is an urgent and complex problem in forensic medicine and expert practice. This problem is of particular relevance at the present time in connection with a sharp increase in the number of cars, changes in their design features and an increasing number of cases of road traffic accidents with fatalities.

Purpose of the study. To develop expert criteria for determining the location of the driver and front seat passenger in road traffic accidents, taking into account the design features of modern passenger cars.

Materials and research methods - materials of 50 criminal cases. Excited on the fact of road accidents in the presence of injuries to the drivers and passengers of the front seat of passenger cars.

Results of our own research. In road traffic accidents as a result of a collision of a car with any obstacle, the number of dead passengers is slightly higher than the number of drivers (respectively 1; 1: 1). Men die 3.4 times more often than women. At the same time, men die in the driver's seat 26.7 times more often than women, and in the passenger seat only 1.5 times.

Most often, in 48.8% of cases, the death of drivers and passengers occurs in a collision of cars. In 27.0% in a collision with trucks, in 10.9% with a bus, in 13% with stationary objects, in 0.2% with animal-drawn vehicles and animals. The results naturally reflect the ratio of the number of cars on the road to the number of other vehicles. In this case, the role of the rate of formation of damage is also reflected. In a collision of more high-speed passenger cars, injuries resulting in the death of people are more likely to occur.

Our analysis of the effects of passive safety equipment on injury to drivers and front seat passengers during experimental modeling of injuries in modern passenger cars showed that when using more effective seat belts with an inertial device, as a result of an accident, only 5% of victims received serious injuries, and 29% - light ones. , while when using conventional three-point seat belts, 8 and 37%, respectively, and when using diagonal belts 7 and 41%. Inflation of airbags is also an important component of safety systems. Studies of the influence of airbags on the probability of death of drivers in frontal collisions have shown that this is reduced by 20-25%.

Conclusions. These data are contained in the protocols of the inspection of the scene of the accident, the technical condition of the vehicle, the conclusions of the autotechnical, traceological, forensic examinations carried out on the fact of road accidents.

A comprehensive assessment of the consequences of a road traffic accident, clarification of factors affecting the characteristics of damage to the driver and front seat passenger will increase the objectivity and scientific validity of the expert's conclusions about the location of the injured person inside the car at the time of the road traffic accident, including the person who drove the car.

РОЛЬ И МЕСТО РЕГИОНАРНОЙ – ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Олтиев У.Б.[1] Хамдамов Б.З[2]., Деҳқонов А.Т[3]., Хамдамов И.Б[4].
Бухарский государственный медицинский институт.,
Бухарский областной многопрофильный медицинский центр.
1. Заведующий отделением реанимации Бухарского областного многопрофильного центра 2. DSc, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии. 3. Врач ординатор отделения гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного центра. 4. Магистр кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии.

Актуальность. Усечение крупных сегментов нижних конечностей, у больных синдромом диабетической стопы являются одним из вынужденных и самых тяжелых операций, выполняемых зачастую по жизненным показаниям, на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний определяющих высокий риск

летальности. Снижение летальности является приоритетной задачей специалистов занимающихся данной патологией. Этого можно достичь путём проведения высокотехнологичных как хирургических методов лечения, так и выбора способа проведения оптимальной анестезии которое снижает риск развития пери и послеоперационных осложнений. Сложный многофакторный патогенез заболевания не позволяет до настоящего времени найти достаточно адекватные методы консервативного и хирургического лечения синдрома диабетической стопы. Более того, при проведении хирургического вмешательства у данной категории больных следующей достаточно серьезной проблемой остается выбор метода анестезии отвечающий требованием "концепции безопасности" анестезии.

Цель исследования: изучение и анализ результатов проведения общей и регионарной анестезии с позиции эффективности, безопасности и адекватности анестезиологического пособия при оперативных вмешательств у больных синдромом диабетической стопы.

Материал и методы: Проанализированы результаты оперативных вмешательств по поводу тяжёлых форм синдрома диабетической стопы, в условиях общей интубационной и стволовой - проводниковой анестезии. В работу положены данные, основанные на изучении результатов анестезиологического пособия при хирургическом лечении 139 больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета, пролеченных в отделении гнойной хирургии Бухарского многопрофильного медицинского центра за период с 2010 по 2020 годы. В соответствии с задачами исследования, все больные условно разделены на 2 группы: (I–контрольной и II-основной). Среди больных отмечено преобладание мужчин (67,5%). Большинство больных находилось в возрасте от 49 до 78 лет. Все больные в зависимости от вида анестезии были распределены на 2 репрезентативные группы. Первую группу составили 72 (51,8%) больных, которым анестезия проводилась с помощью общего интубационного наркоза. Вторую группу составили 67 (48,2%) больных которым анестезия при оперативных вмешательствах на нижних конечностях выполнялось путём стволовой-проводниковой блокады. Методика анестезии заключалось в блокаде как седалищного так и одномоментно бедренного нервов под контролем ультразвуковой сонографии. Соноанатомическими ориентирами для выполнения блокады седалищного нерва служили: Двуглавая мышца бедра, подколенная артерия, седалищный нерв, разветвление седалищного нерва, на большеберцовый и малоберцовый. Методика анестезии седалищного нерва: Пациент находится в положении лежа на спине. Нога на стороне блокады согнута под тупым углом в коленном суставе. Стопа и голень находятся на подставке, при этом необходим доступ к нижне дистальной части бедра для работы с датчиком аппарата УЗИ. Левую руку с зажатым линейным датчиком ставят на 6-8см выше подколенной складки, к зоне разветвления седалищного нерва. Визуализируют подколенную артерию. Седалищный нерв расположен латеральнее и более поверхностно под двуглавой мышцей бедра, как правило, в виде округлого образования. Иглу вкалывали по боковой поверхности бедра. При этом, необходимо внимательно следить за движениями иглы и не выпускать его кончик из проекции датчика. Наилучший эффект блокады достигался при условии когда анестетик (лидокаин 1,5%-10-15мл) вводился со всех сторон нервного ствола. Далее проводилась блокада бедренного нерва. Соноанатомическими ориентирами бедренного нерва служили: Бедренная артерия и вена, подвздошная фасция, широкая фасция, подвздошно-поясничная мышца, глубокая артерия бедра, аномальные сосуды. Методика блокады (анестезии) бедренного нерва: Техника блокады бедренного нерва: пациент лежит на спине, рука на стороне блокады отведена. УЗИ аппарат располагается напротив анестезиолога. Ультразвуковой линейный датчик устанавливается под паховой складкой перпендикулярно бедренным сосудам. Основным ориентиром являлась пульсирующая бедренная артерия. Бедренный нерв расположен латерально от артерии, бедренная вена медиально. Давление на датчик было минимальной что предотвращало коллапсирование вены. Бедренный нерв является гиперэхогенным, по форме может быть разным. Укол иглы проводится по технологии (in plane) под латеральным краем датчика, в медиальном направлении и книзу. Кончик иглы должен постоянно находиться в плоскости датчика. После прокола широкой и подвздошной фасции кончик иглы устанавливают под бедренным нервом над подвздошно-поясничной мышцей (идеальная позиция). Введя половину анестетика, необходимо выполнить репозицию иглы и ввести остальную часть анестетика над нервным стволом, достигнув эффект.

Результаты и их обсуждение: анализ результатов анестезиологического пособия в целом у больных первой группы (контрольная) показал, что при общей анестезии интраоперационно, отмечалась относительная нестабильность показателей гемодинамики на всех этапах операции. У 5.0% пациентов отмечалось нарушение сердечного ритма, 10,0% случаев неуправляемая гипотония. У 35,0% больных наблюдалось длительность постнаркозного пробуждения, у 7,0% больных гипогликемическое состояние. В 20,0% случаев наблюдалась рекураризация релаксантов, а у 12,5% больных в послеоперационном периоде развилась застойная пневмония. Более того, в 18,0% случаев отмечено трудности при интубации трахеи. У пациентов второй группы, оперированных в условиях регионарной (стволовой) анестезии, через 14-15 минут после блокады нервных стволов появилась анестезия и у больных на всех этапах операции сохранялась адекватная анестезия, не требовавшей дополнительного введения анальгетиков. Гемодинамические показатели были достаточно стабильными. При этом дыхательных дисфункций не наблюдалось. Длительность анальгезии в послеоперационном периоде продолжалось от 7 часов до 11 часов. Как было выше отмечено при выполнении проводниковой анестезии нижних конечностей серьезных

осложнений не наблюдалось. Тем не менее, нами были отмечены следующие явления, так у 5,0% больных после введения местного анестетика развилась головная боль, у 7,0% тошнота, и у 5,5% пациентов было отмечено мышечная дрожь. Данные симптомы нами были расценены как токсическое действие анестетика. У 4,0% пациентов отмечалась брадикардия, что купировалась введением раствора атропина сульфата. Следует отметить что, проведение регионарной анестезии обеспечила полную блокаду ноцицепции при проведение оперативных вмещательств на нижних конечностях, а также гладкое протекание послеоперационного периода с быстрой активизацией пациентов, то есть раннему возврату к обычному приему еды и схеме инсулинотерапии, активности в пределах постели, вертикализации в положении сидя.

Выводы: 1. Проводниковые блокады седалищного и бедренного нервов являются методом выбора анестезии у больных с осложнёнными течениями сахарного диабета при операциях на нижних конечностях. 2. Предложенная методика стволовой-проводниковой блокады сочетает в себе адекватную интраоперационную анестезию, быструю активацию пациентов в пределах постели.

COMPLEX TREATMENT OF CHEMICAL BURNS OF THE EYES

Oralov B.A., Mirrahimova S.Sh., Ashurov O.M.
Tashkent Medical Academy
Tashkent City Clinical Emergency Hospital, department of Emergency Eye Microsurgery

Introduction. Burning eye injury remains one of the most serious problems of ophthalmology. Despite the use of the most modern methods of treatment, about 50% of victims become disabled 1-2 groups of vision (N. Puchkovskaya, 2001).

As you know, burns, causing eye damage, are accompany by profound violations of redox processes, leading to a decrease in energy generation and a decrease in the activity of reparative processes in the burden tissues. Low-intensity laser radiation has a positive effect on the wound process reducing inflammation, contributing to the epithelialization by activating the proliferation of cell elements of the macrophage and fibroblastic row (R.A. Sadykov, K. R. Kasimova, 2012).

In this connection, the pathogenically directed method in the treatment of eye burn disease is the use of a complex treatment that combines photodynamic therapy and medications with reparative and antioxidant properties. The effectiveness of the latter should be assess not only by clinical parameters, but also by laboratory studies of the cytological picture of the tissues of the ocular surface and the biochemical parameters of the lacrimal fluid.

Aim of work. Evaluation of the effectiveness of complex treatment of chemical eye burns using photodynamic therapy in combination with methylethylpiridinol (Viksipin), according to the results of impression cytology and biochemical parameters of the tear fluid.

Material and methods. The 104 patients (147 eyes) with eye burns of II, III degrees and I were examine and treated. Photodynamic therapy with a 1% aqueous solution of methylene blue was add to the standard treatment, and Viksipin, an eye drops drug, was added. The effectiveness of treatment in dynamics was assess using the method of impression cytology, as well as biochemical analyzes of the lacrimal fluid on the day of treatment and on the 7th day of treatment. Depending on the treatment performed, the patients were divided into three groups (classification by N.A. Puchkovskaya, 2002), homogeneous in terms of the severity of the burn injury and the active chemical agent. By gender, men predominated: 64 men (61.5%) and 40 women (38.5%).

Results. The initial data of impression cytology indicate a shift in cytogram indicators towards nuclear structures and the ratio of the nucleus and cytoplasm averaged 0.068 in all patients. As a result of the treatment in patients of the main groups, the predominance of reparative processes in epithelial cells was determined, where the ratio of the nucleus and cytoplasm increased by 0.290 ± 0.010 in I and 0.320 ± 0.014 in II, which exceeded 3.9 and 4.5 times, respectively, similar Indicators in the control group. The values of stable nitric oxide metabolites in the lacrimal fluid during the use of Viksipin significantly decreased in relation to the values before treatment by 1.59 times and amounted to 4.21 ± 0.32 μmol/L. Moreover, this indicator is 1.23 times less than the values of the I main group and significantly approached the standard indicators 3.52 ± 0.23, exceeding them only 1.19 times, when this ratio for the I main group was 1.47.

Conclusion. The addition of photodynamic therapy and Viksipin to the standard treatment of chemical eye burns led to an increase in the regeneration of the burn surface, normalization of antioxidant protection parameters in the lacrimal fluid, and a reduction in bed-days of hospital stay by an average of 3.0 ± 2.0.

НАША МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА СПОСОБОМ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ордашев Х.А., Ахмадудинов А.М., Шахбанов А.К.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей
Кафедра оперативной хирургией и топографической анатомии
ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Махачкала

Введение. Удаление обширных опухолей околоушных слюнных желез сопряжено с определенными сложностями. Некоторые авторы предлагают оперативные доступы, включая комбинированные с трансмандибулярным или трансцервикальным подходами, с высокой вероятностью остоеотомии нижней челюсти (до 20%) /2, 4, 5/. Условия полного удаления опухоли околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва сложны, и вероятность рецидива или продолженного роста высока и составляет в среднем 20-60% /6-8/. В настоящее время преобладающей формой среди опухолей слюнных желез является плеоморфная аденома околоушной слюнной железы. Поздняя диагностика данной опухоли связана с медленным развитием процесса, скудной симптоматикой и, как следствие, низкой обращаемостью больных в ранние сроки развития патологии. Плеоморфная аденома имеет большую вероятность рецидивов, а при несвоевременном лечении возрастает вероятность злокачественного перерождения, и появления синдрома Люси Фрей (26% случаев) /1, 3/. Удаление аденомы приводит к косметическому дефекту области позадичелюстной ямки. Кроме того, процесс хирургического лечения опухоли усложняется проходящими в толще железы нервных стволов ветвей лицевого нерва, сохранение которых не всегда представляется возможным, а их повреждение приводит к денервации мимической мускулатуры лица. В этом случае перед хирургом встают приоритетные в эстетическом и функциональном плане задачи по восстановление функций мышечных ветвей лицевого нерва. Сложность ранней диагностики опухолей околоушных слюнных желез и связанная с этим травматизация ветвей лицевого нерва ятрогенной этиологии, делают эту проблему актуальной и имеющей большое практическое и научное значение.

Цель исследования – улучшение эстетических и функциональных последствий послеоперационных дефектов паротидэктомии, путем создания условий для направленной регенерации иссеченных концов ветвей лицевого нерва.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2019 г. в отделении ЧЛХ РКБ в г. Махачкале 28 больным проведены операции по поводу опухолей околоушной слюнной железы. Гистологически у 22 (79%) больных определились смешанные опухоли (плеоморфная аденома) околоушной слюнной железы, а у 6 (21 %) - рак околоушной слюнной железы. Предоперационное исследование околоушных и смежных с ней областей с целью уточнения локализации, определения структуры образования, а также вовлечения в патологический процесс ветвей лицевого нерва проводилось ультразвуковое исследование и/или магнитно-резонансная томография, в некоторых случаях аспирационная биопсия.

Паротидэктомия у пациентов с плеоморфной аденомой у 20 больных проводилась с сохранением целостности ветвей лицевого нерва. У 6 больных с раком околоушной слюнной железы и 2 с рецидивом плеоморфной аденомы сохранение целостности ветвей лицевого нерва не представлялось возможным. Во всех случаях паротидэктомия сопровождалась одновременной реконструкцией позадичелюстной ямки перемещением лоскутов собственных мышц. Возраст больных составлял от 37-78 лет.

Количество пациентов с ятрогенным повреждением ветвей лицевого нерва составило 8 человек.При иссечении опухоли вместе с мышечными ветвями лицевого нерва возникал дефект между их концами, что исключало возможность использования прямой нейрорафии. У данной группы больных после проведения паротидэктомии и реконструкции позадичелюстной ямки, с целью восстановления иннервации мимической мускулатуры создавалась путем применения способа направленной регенерации мышечных ветвей лицевого нерва в просвете полихлорвинилового проводника на который был получен патент. Составные части проводника фиксировались одиночными узловыми швами, наложенными на окружающие мягкие ткани, с использованием рассасывающегося шовного материала. Подбор шовного материала осуществлялся исходя из протяженности дефекта, так, чтобы срок его рассасывания наступал не ранее прорастания аксонов центрального конца в периферический. После репарации нерва и рассасывания шовного материала, проводник извлекался за выведенные ранее концы.

Результаты. Всем 28 больным с плеоморфной аденомой и раком, после паротидэктомии проведена одномоментная реконструкция позадичелюстной ямки аутомышечным лоскутом, что значительно уменьшило объем послеоперационного дефекта данной области. В 8 случаях с возникшей необходимостью восстановления иннервации мимических мышц, после паротидэктомии и реконструкции позадичелюстной ямки, был проведен способ направленной регенерации ветвей лицевого нерва в просвете полихлорвинилового кондуита, который позднее безоперационно был извлечен за выведенные ранее концы.

Выводы. Одномоментные с паротидэктомией реконструктивно-восстановительные операции позадичелюстной ямки аутомышечным лоскутом уменьшают косметический дефект данной области. Применение разработанного нами способа направленной регенерации ветвей лицевого нерва позволяет

восстановить иннервацию мимической мускулатуры, тем самым на порядок повышая функциональное и эстетическое качество операции. Возможность безоперационного удаления проводника, после репарации нерва исключает необходимость повторного оперативного вмешательства, тем самым снижая травматичность.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Ордашев Х.А., Магомедова Х.М., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Тагирова А.М., Османова Д.М., Магомедова А.Р., Юнусова М.Н.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Махачкала

Профессия врача, как и вся медицинская работа, имеет дополнительные этические требования, ибо ни одному представителю другой профессии не приходится так глубоко и остро вникать в человеческую жизнь, в ее биологические и социальные стороны. В отличие от других специальностей, врач обязан обладать не только огромным запасом знаний, высоким профессионализмом, но и особым складом души, способной к сопереживанию, готовностью принести в жертву многие свои интересы, а не только время, которое вообще у врача никогда не было лимитировано часами графика работы.

Можно закупить прекрасную медицинскую аппаратуру и давать больным дефицитные лекарства, но ничто не заменит им наше внимание, тепло, культуру общения, нашу медицинскую этику.

Полноценное лечение стоматологических хирургических больных возможно лишь при сочетании строгого соблюдения медицинской деонтологии и своевременно проведенного специализированного лечения. В этой связи на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии большое внимание уделяется обучению вопросам деонтологии студентов, субординаторов и ординаторов. Разработано специальное семинарское занятие. Вопросы деонтологии включены в экзаменационные билеты и тесты.

Важное место отводится на первых же практических занятиях вопросам взаимоотношения врача, среднего медицинского персонала и студентов с больными. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. Подчеркивается о необходимости уважительного, доброжелательного и корректного отношения со стороны медицинского персонала и студентов к больному во время приема, обследования и лечения его. На прием к хирургу-стоматологу идет больной обычно со страхом, измученный болями и неустойчивой психикой. Медицинская сестра вежливым и тактичным обращением должна пригласить больного в хирургический кабинет и усадить в зубоврачебное кресло. Преподаватель (или врач) обязан успокоить больного и спокойно выслушать жалобы его и собирать анамнез в мягком и благожелательном тоне. Слушать больного нужно внимательно, не прерывая его неуместными замечаниями. Во время больного в хирургическом кабинете все, даже рабочие разговоры, должны быть сокращены да минимума. Недопустимы разговоры (между врачом, сестрами и студентами) на деловые и частные темы, раздражительные замечания и упреки.

Мануальное, инструментальное обследование и хирургическое вмешательство должно проводиться безболезненно с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Перед хирургическим вмешательством врач обязан производить анестезию, которая обеспечивает полную аналгезию во время операции. С большим сожалением вынуждены отметить, что нередко из хирургических стоматологических кабинетов во время операции удаления зуба слышатся крики и стоны пациентов от причиняемой врачом боли. Этот факт заслуживает особого внимания и свидетельствует не только о некомпетентности хирурга-стоматолога по разделу обезболивания челюстно-лицевой области, но и низкой медицинской этике, так как врач, обязанный уменьшить страдания больного от боли, еще больше их усугубляет. Испытанная боль больным во время операции оставляет у больного чувство страха и досады на стоматологию на всю жизнь. И поэтому мы, стоматологи-хирурги и челюстно-лицевые хирурги, нередко видим и слышим в периодической печати, по телевидению и радио нелестные, порой язвительные шутки и анекдоты в адрес стоматологов, что нередко и вполне заслуженно.

В то же время следует отметить, что технически правильно произведенная анестезия может обеспечить полное обезболивание во время операции удаления зуба. И эту мысль студентам должен внушить преподаватель постоянно на каждом практическом занятии в хирургическом стоматологическом кабинете. Вместе с тем, преподаватель должен довести до сведения студентов, что хирурги-стоматологи высокой квалификации и медицинской этики пользуются глубоким уважением и вниманием у больных.

Отрицательно сказывается также на психике больного и следует считать не этичным одновременный прием двух и более больных в одном хирургическом кабинете, страх и беспокойное

поведение одного больного передается другому, усиливая у него отрицательные эмоции и гемодинамические нарушения.

Оперативное вмешательство врач должен выполнять быстро и с нанесением минимальной операционной травмы, чтобы предупредить развитие послеоперационных осложнений.

Во время операций целесообразно исключить из употребления травмирующие психику больного слова (скальпель, разрез, долото и т.д.) и раздражительные замечания в адрес помощников. Реплики в адрес последних должны иметь психотерапевтический характер («Как хорошо Вы мне помогаете!»), а в адрес больного ободряющими («Вы молодец!», «Вот и прекрасно, операция заканчивается» и т.д).

Если больной подвергается операции, после которой повторные посещения к хирургу-стоматологу не требуется, то ему следует дать наставления, как вести себя в послеоперационном периоде и при необходимости явиться немедленно к врачу при возникновении первых признаков осложнений. Если больной нуждается в повторном посещении, то ему подробно объясняют дату и время приема.

И, наконец, хотелось бы напомнить всем преподавателям, что все вышеизложенное останется бесполезной писаниной, если они не последуют мудрой латинской пословице: «Слова учат, а пример заставляет подражать». Только и только личным примером, своими поступками и образом мышления преподаватель может воспитывать, развивать и упрочить эти стороны медицинской деонтологии и в будущих стоматологов. Все сказанное - азбука амбулаторного приема, которая начинается со слов древнегреческого философа Сократа: «Нельзя врачевать тело, не врачуя душу».

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАЙМОРИТЫ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Курбанов К.К., Тагирова А.М.,
Османова Д.М., Алиева С.Ф., Магомедов Г.Н., Абдусаламов А.О.
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.Махачкала

Практика показывает, что встречающиеся повреждения дна верхнечелюстной пазухи (ПДВЧП) так или иначе связаны с зубами. Среди обстоятельств, способствующих повреждению нижней стенки пазухи, обычно выделяют три: анатомические предпосылки, т.е. близость дна пазухи к верхушкам зубов, патологические процессы, приводящие к разрушению костной пластинки, составляющей дно пазухи и, наконец, погрешности в методике, т.е. грубое удаление зуба. Не всегда можно точно определить, какое из указанных обстоятельств является решающим. Выяснению этого вопроса посвящена настоящая работа.

Под нашим наблюдением (2009-2019гг.) в челюстно-лицевой клинике Даггосмедуниверситета находилось 402 больных с одонтогенным и 220 больных с риногенным синуситом. Использовали все возможные в наших условиях методы диагностики, в том числе рентгенографические и эндоскопические исследования.

Наш опыт показывает, что ведущей причиной одонтогенного синусита являются верхушечные патологические процессы. В то же время грубое удаление зуба или анатомические предпосылки в действительности очень редко оказываются причиной синусита. Это совпадает с мнением других авторов. Повреждение дна пазухи во время удаления зуба не является причиной, а только следствием хронического периапикального процесса. При этом костная перемычка между верхушкой корня и слизистой оболочки пазухи постепенно разрушается и очаговый воспалительный процесс распространяется на прилежащую костную ткань и слизистую оболочку пазухи, создавая предпосылку для перфорации. Вместе с тем обстоятельства, при которых встречается ПДВЧП, весьма разнообразны, их необходимо различать в деталях, так как от этого напрямую зависит лечебная тактика.

Среди субъективных признаков следует отметить жалобы на необычные ощущения, возникающие вследствие попадания воздуха или жидкости в полость носа, а также изменения тембра голоса – ринолалию, появляющуюся сразу после удаления зуба.

Среди объективных признаков нужно отметить появление крови или гноя из носа после удаления зуба, выделения из лунки крови с пузырьками газа или необычно большого количества гноя, проникновение пуговчатого зонда гораздо глубже, чем длина лунки, результаты «ротовой» и «носовой» проб. «Ротовая» проба: при зажатии пальцами носа и попытке надуть щеки воздух со свистом выходит в рот через лунку зуба. «Носовая» проба: при попытке надуть щеки воздух выходит через нос и щеки не надуваются.

Возможно использование специальных методов исследования: обзорной рентгенографии пазухи с введением зонда через перфорацию, контрастной рентгенографии пазухи, эндоскопического исследования, ультразвуковой диагностики и др. Все полученные сведения следует сопоставлять друг с другом и подтверждать или отвергать факт перфорации. Необходимо иметь в виду возможность затруднения прохождения воздуха в пазуху и нос за счет полипоматоза, грануляций, отека слизистой оболочки пазухи, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи.

Среди перфораций верхнечелюстной пазухи, возникающих при удалении зуба, в зависимости от конкретных обстоятельств мы предлагаем выделять несколько видов: случайную или предполагаемую, распознанную или нераспознанную, осложненную или неосложненную при законченном или незаконченном удалении зуба. Суть каждой формы перфорации ясна из названия: например, неосложненная или осложненная – имеется в виду перфорация, сочетающаяся с интактной или воспаленной пазухой и т.д.

Приведем наиболее типичные ситуации повреждения дна пазухи и наиболее рациональные лечебные мероприятия.

Перфорация случайная, распознанная, неосложненная при полном удалении причинного зуба. Здесь, прежде всего, возникают психоэмоциональное напряжение, тревога со стороны больного, возможна растерянность врача ввиду неожиданности осложнения. Поэтому у опытного врача случайной перфорации быть не должно. Ее всегда следует предвидеть. Если перфорация дна верхнечелюстной пазух оказалась без признаков воспаления со стороны пазухи, то оптимальным вариантом лечения является сохранение сгустка крови в лунке. Большинство авторов и мы в том числе, убеждены, что для этого лунку следует зашить или прикрыть слизисто-надкостничным лоскутом, взятым одним из известных способов. Сделать это следует не позже 48 часов после удаления зуба, так как в дальнейшем вероятность воспаления возрастает.

Другие авторы пытаются сохранить сгусток крови путем тампонады нижней челюсти лунки. Однако этот способ ненадежен. Некоторые считают его даже порочным, потому что тампон быстро пропитывается кровью, ротовой жидкостью становится источником инфекции и разрушает сгусток.

В случае перфорации распознанной, неосложненной, но при незавершенном удалении зуба больного лучше всего госпитализировать, дообследовать, уточнить место расположения корня. Если подтверждается, что корень все же находится в пазухе, целесообразно расширить лунку, удалив межкорневую перегородку, и попытаться инструментом через лунку добыть корень или промыть пазуху струей антисептика. В результате раздражения слизистой оболочки носа и пазухи возникает чихание, благодаря которому корень может вылететь через нос или со стороны лунки. Наконец, удалить остаток зуба можно вскрыв переднюю стенку пазухи. Если слизистая оболочка пазухи окажется невоспаленной, то ее сохраняют, обнаруживают и извлекают корень, но соустье с носом не делают. Разрез для синусотомии проводят с учетом одновременного закрытия ороантрального сообщения. Помимо всего сказанного, мы в таких случаях, вскрывая переднюю стенку пазухи, сохраняем костно-слизистую пластинку и после ревизии пазухи производим с помощью такого сложного аутотрансплантата костную пластинку передней стенки пазухи.

В случае осложненной перфорации дна пазухи при полном удалении зуба больного лучше направить на лечение в стационар. Оно должно состоять в промывании пазухи антисептиком или целенаправленном введении антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры. Больному следует изготовить пластинку для предотвращения попадания пищи и ротовой жидкости в пазуху. Обычно через 2-3 дня после начала лечения отделяемое из пазухи исчезает, промывные воды становятся чистыми и перфорационное отверстие начинает сужаться, а самочувствие больного улучшается. Промывание продолжают 8-12 дней. Убедившись в клиническом исчезновении синусита, больного выписывают под амбулаторное наблюдение. Больной продолжает пользоваться защитной пластинкой во время приема пищи. Через 1.5-2 мес. больного осматривают. При этом можно обнаружить три основных исхода: выздоровление больного с исчезновением синусита и сообщения с пазухой, исчезновение явлений синусита, но сохранение сообщения с пазухой. В этом случае остается только закрыть свищ. И, наконец, в редких наблюдениях могут оставаться явления синусита и сообщения с пазухой, когда показана синусотомия с выскабливанием патологически измененной слизистой оболочки, созданием соустья с нижним носовым ходом и зашиванием сообщения с полостью рта. В этих случаях мы проводим костную пластику передней стенки верхнечелюстной пазухи.

В случае осложненной перфорации дна пазухи, при незаконченном удалении зуба больного следует госпитализировать, дообследовать, уточнить положение остатка зуба или корня и в течение первых дней путем промывания пазухи антисептическими растворами снять явления воспаления. Затем нужно произвести ревизию пазухи через переднюю стенку, удалить инородное тело, выскоблить явно измененную слизистую оболочку пазухи, создать соустье с нижним носовым ходом и зашить сообщение полости рта с пазухой. Целесообразно при этом провести также пластику передней стенки пазухи.

В заключение подчеркнем, что ПДВЧП во время удаления зуба в ряде случаев является неизбежным и его следует предвидеть. При этом, прежде всего, нужно решить вопрос о состоянии слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Если явных признаков синусита нет, то важнейшим мероприятием считаем сохранение сгустка крови в лунке удаленного зуба и категорически отрицаем тампонаду лунки.

При перфорации дна пазух с явлениями гайморита первостепенным является интенсивное консервативное лечение синусита путем промывания пазухи через ороантральное сообщение, целенаправленная антибиотикотерапия необходима в случаях бурного воспаления (в стадии обострения хронического синусита) верхнечелюстной и других придаточных пазух, показана гайморотомия и ревизия других заинтересованных пазух. Если повреждено дно пазухи и не завершено удаление причинного зуба, то зуб необходимо удалить, в том числе путем расширения лунки. В крайнем случаем можно идти на ревизию пазухи из наружного доступа, тогда следует максимально стремиться завершить операцию пластикой передней стенки пазухи.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Орибжонов О.Э., Тургунов Ш.Ш., Аблаязов 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 плегией 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.

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАРДА ДАВОЛАШ ВА ПОФИЛАКТИКАСИ

А.С.Пакирдинов., М.М.Мадазимов., Д.М.Суюнов.,Сайфутдинова М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги : Гастродуоденал яралар (ГДЯ) турли ёшларда, жумладан, узоқ умр кўрувчиларда, яъни 90 ёшдан ўтган аҳоли гуруҳларида ҳам учрайди. ГДЯ келиб чиқишида устуворлик роли Helicobacter pylori га берилишига қарамасдан (1980 йиллардан бошлаб), уларнинг шаклланишида асосий ролни хатар омили эканлиги ёки шундай қараш ҳозиргача эътироф этилишидир [Hansson L.E. et al., 1996; Jaspersen D. et al., 1995; American Castroenterologtcae Association,1998;2018]. Инсон ёши қариган сари меъда шиллиқ қаватидаги простогландинлар ҳосил бўлиши камайиб боради ва шу билан бирга катаболизм жараёни кучайиб меъда бўшлиғида қолдиқ маҳсулоталар, айниқса аммиак кўпайиб боради. Бу эса маҳаллий иммунитетнинг пасайишига олиб келиб, H.pylori билан зарарланиши хавфи ортади ва шиллиқ қаватга агрессив факторлар ортиб, ўткир яралар пайдо бўлиш хавфини оширади. (Ступин 2000;)

Мавзунинг мақсади: Гастродуоденал яраларни узоқ умр кўрувчилар популяциясида даволаш ва профилактикасини таъминлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Андижон вилоятида уюшмаган аҳоли қатламидаги 90-96 ёшдаги кишилар таҳлил қилинди. Текширувда жами 100 нафар узоқ умр кўрувчилар иштирок этди. Бунда

жами 50 нафар текширув иштирокчилари танлаб олинди, шундан 29 нафари аёл ва 21 нафари эркак кишини ташкил этди. Иштирокчиларнинг қарийб 70% қорин эпигастрал соҳасидаги оғриқдан, зарда бўлиш ва кекиришдан шикоят қилган бўлса, 75% қабзият ва метиоризмдан шикоят қилди. Асосий гуруҳдаги беморларда ўтказилган ФГДС текширувида 10 нафар беморда дуоденал яра аниқланган.

24 нафар беморда эса гастродуоденит аниқланди. Қолган 11 нафарида турли даражадаги гастрит белгилари аниқланган. Атиги 5 нафарида меъда ва ўн икки бармоқли ичак соҳасида патологик ҳолат аниқланмади. Шулардан 76% да H.pylori аниқланди. Яра касаллиги аниқланган беморларни даволаш мақсадида яра касаллиги бўлмаган беморларга эса профилактик мақсадда қуйидаги даво муолажалари амалга оширилди Протон помпаси ингибиторлари, гастропротекторлар ва прокинетиклар қилинади. Шу билан бирга H.pylori мавжудлигини ҳисобга олсак, у ажратган уреаза ферменти таъсирида мочевана амиакка айланади ва хлорид кислота билан кимёвий реакцияга киришиб , аммоний хлорид ҳосил бўлади, ошқозон ва 12 бармоқли ичак деворига агрессив таъсир кўрсатади. Юқоридаги жараённи ҳисобга олиб, антибактериал терапия ва Лактулозанинг камбинациялашган ҳолда қўлланса, этиопатогенетик даво самараси юқори бўлади. Чунки Лактулоза ортиқча аммиакни боғлаб олиб, агрессив таъсир кўрсатувчи аммоний хлорид миқдорининг адекват камайишига олиб келади.

Тадқиқот натижалари: Даволаш ва профилактик мақсадда ўткзилган юқоридаги тартибдаги даво муолажаси натижасида беморларда 14 кундан сўнг қорин эпигастрал соҳасидаги оғриқдан, зарда бўлиш ва кекириш каби белгилар камайди ва 21 кундан сўнг ФГДС қайта ўтказилган беморларда ярани чандиқланишига эришилди.

Хулоса: Юқоридаги тадқиқот натижаларига асосланадиган бўлсак, гастродуоненал яраларни даволаш ва уларнинг профилактикаси мақсадида асосий даво муолажалари билан лакулозани камбинациялаш яра касаллиги даволаш ва профилактикасини таъминлайди.

РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Пакирдинов А.С., Джумабаев Э.С., Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Сайфутдинова М.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Классическая резекция 2/3 желудка надежно излечивая больного от основного заболевания, язвенной болезни, таит в себе опасность развития пострезекционных синдромов и тяжелых функциональных расстройств, которые развиваются у 20-40% и более оперированных больных (Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. 1971, Калиш Ю.И. 1984, Голдин В.И.1990) В связи с этим, основываясь на результаты экспериментальных исследований по изучению ангиоархитектоники и микроциркуляторное русло стенки желудка, в норме (10) и в условиях нарушенного кровообращения(СПВ) (33) на 43 беспородных собаках и клинических наблюдений за 144 оперированными больными по поводу поствготомных язв, (Джумабаев С.У., Мехманов А.1991,1997, Мехманов А.2002) нами применяется способ резекции1/2 желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией (А.С. 0433/ДФ. от 17.02.02) для хирургического лечения гастродуоденальных язв (Хаджибаев А.М. ,Мехманов А.М. 2005,2006).

Теоретической предпосылкой предлагаемого способа резекция желудка является следующее:

- Благодаря конструктивным особенностям формирования желудочной культи, его форма приближается к более естественной форме желудка, сохраняется достаточная резервуарная функция и возможности формирования прямого гастродуоденоанастомоза. Уменьшается вероятность возникновения пострезекционных синдромов.
- доступность удаления язвы, расположенной на малой кривизне желудка и возможность иссечения всей ульцерогенной зоны с ее слаборазвитой сосудистой системой, не увеличивая объема резекции желудка.
- возможность адекватного снижения желудочного кислотообразования в результате хирургического воздействия на обе фазы желудочной секреции путем селективной желудочной ваготомии и антрумэктомии.
- вновь созданный пилорический канал из стенок большой кривизны предупреждает «провал» содержимого культи желудка в отводящую петлю, обеспечивая замедления эвакуации. Клиническая часть материала основана на результатах обследования и хирургического лечения 262 больных с гастродуоденальными язвами за последние 20 лет.

Умерло 5 (1,9%) больных. В отдаленном периоде у 238 больных получены отличные и хорошие результаты. Трудоспособность восстановлена у 91 % человек.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ

Пакирдинов А.С., Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Суюнов Д.М., Ахмедова Ш.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Расширение показаний к операциям легких и искусственной вентиляции легких (ИВЛ) совершенствование технологии операций и методологии инвазивной респираторной поддержки заметно улучшили результаты послеоперационных осложнений при многих критических состояниях. Несмотря на эти достижения, остается актуальной риск возникновения ранней вентилятор-ассоцированной пневмонии, эррозивно-гнойного эндобронхита, закупорка бронхов мокротой или гнойной пробкой которые часто приводят к ателектазу легкого.

Воспалительные изменения в слизистой оболочке и подлежащих слоях бронха могут вызывать выраженные органические и функциональные изменения, а в ряде случаев к гибели больного.

Особое значение в современном лечении заболеваний дыхательных путей удаляется широкому использованию аэрозольной терапии, что связано с возможностью быстрой доставки препаратов в дыхательные пути, высокой местной активностью ингаляционных средств, неинвазивностью с уменьшением системных побочных эффектов.

Небулайзерная терапия-вид современного ингаляционного лечения основанной на применении аэрозолей лекарственных веществ, получаемых так называем «холодным путем».

С помощью небулайзерной терапии возможно эффективная доставка к «locus morbi» препаратов в обычных и высоких дозах. Грамотное применение небулайзерной терапии позволяет не только лечение, но и профилактику болезней органов дыхания, сопровождающихся обструкцией. Поиск эффективных средств для профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний легких у больных, оперированных на легких остается актуальной проблемой.

Материалом послужили результаты обследования и лечения 57 больных, которым была произведена оперативная лечения на легких за период 2014-2016гг. Больные были разделены на две группы: первую группу включены больные, у которых применялся небулайзерная терапия (27 больных), в контрольную группу включены больные, пролеченные без применения небулайзерной терапии (30 больных). Средний возраст больных составил 34,4-15,4лет.

В исследование включены больные после различных операций, таблица-1. Характер выполненных операций.

Вид оперативного вмешательства	Группы			
	основное		контрольное	
	абс	%	абс	%
Резекция нижней доли слева	10	37.03%	12	40%
Резекция нижней доли справа	6	22.2%	8	26.6%
Нижняя билобэктомия	6	22.2%	4	13.3%
Резекция верхней доли справа	3	11.1%	3	10%
Резекция средней доли	2	7.4%	3	10%
Итого	27	100%	30	100%

Всем больным в основной группы находящихся на ПИВЛ проведена небулайзерная терапия содержащая антибактериальных препаратов, бронхолитики и муколитики.

Небулайзерная терапия у этой группе больных начинали в операционной во время ЭТН или сразу после перевода больного в реанимационное отделения, и продолжалось в течение 3-5 дней в зависимости от состояния больного. Ранний послеоперационный период в основной группе протекало без особых анестезиологических осложнений. Санацию бронхиального дерева произведен при необходимости через интубационную трубку перед экстубацией. Ранняя восстановления бронхиального дренажа позволило у этих больных расправлению оставшегося легкого на контрольной рентгенографии. Температура нормализовалась на 2-3 сутки после операции, дренажные трубки удалены на 3-4 сутки после операции. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии из стационара.

У контрольной группе в раннем послеоперационном периоде у 12 больных PO2-снижалось до 85-80% что связано было с обструкцией бронхиального дерева гнойной пробкой или мокротой. В связи, с чем у этих больных была применена фибробронхоскопичечкая санация (ФБС) бронхиального дерева и больные находились на ИВЛ до10+15часов. У 3-больных ФБС санация проведена более 5-7раз. У 2 больных связи с ателектазом оставшегося доли легкого после экстубации продолжалось ФБС санация. На контрольной рентгенографии у 2-больных отмечалось остаточная полость связи, с чем эти больные были выписаны с дренажной трубкой.

Таким образом, включение в комплекс послеоперационной профилактики и лечении гнойно-воспалительных заболеваний легких у больных оперированных на легких, на этапе ИВЛ в виде небулайзерной терапии позволяет, снизит частоту специфических бронхолегочных осложнений, улучшает клиническое состояние больных, сокращает сроки выздоровления.

ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Парманкулова Ю.Д.
Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Глаукома остается одной из главных причин слепоты и слабовидения в развитых странах и является в настоящее время одной из актуальнейших проблем офтальмологии.

По данным ВОЗ число больных глаукомой в мире колеблется от 60,5 до 105 млн. человек, причем в ближайшие 10 лет оно может увеличиться еще на 10 млн.

В течение последних лет глаукома является одной из главных причин необратимой слепоты.

Цель исследования. Разработать систему алгоритмов диагностики, мониторинга и лечения больных первичной открытоугольной глаукомы на основании установления закономерностей гемодинамических и морфофункциональных взаимоотношений в зрительном анализаторе при толерантном и интолерантном внутриглазном давлении.

Материалы и методы исследования. Для изучения возможностей современных медицинских технологий в ранней диагностике, определении толерантного давления и лечении больных первичной открытоугольной глаукомой были проведены исследования с использованием современной медицинской техники, проанализированы результаты обследований и лечения больных ПОУГ в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Наиболее информативными показателями офтальмосфигмографии, которые зависят от уровня внутриглазного давления, являются: показатель эластичности внутриглазных сосудов (ПЭСГ), показатель адекватности кровоснабжения глаза (ПАК) и индекс адекватности кровоснабжения глаза (ИАКГ) с коэффициентами корреляции -0,77, 0,77 и 0,84, соответственно. Определены значения ПЭСГ 1,3-2,4 мм 3 /мм рт.ст., ПАК 0,3-0,8 мм рт.ст./мм 3 и ИАКГ 3,9-12,0 мм рт.ст./мм 3 , которые соответствуют толерантному внутриглазному давлению.

Выявлена достоверная совокупная зависимость между уровнем толерантного внутриглазного давления и факторами риска прогрессирования глаукомного процесса, а именно между возрастом пациента, артериальным давлением в плечевой артерии, центральной толщиной роговицы, переднезадним размером глазного яблока и стадией глаукомы ($p<0,001$).

Разработанные для определения толерантного и целевого давления математическая модель, итоговая таблица и компьютерное программное обеспечение позволяют у больных первичной открытоугольной глаукомой в 37% случаях обнаруживать интолерантные значения офтальмотонуса в пределах границ среднестатистической нормы внутриглазного давления. И своевременно определять показания и переходить от медикаментозной терапии к более эффективным методам лечения: лазерным или хирургическим операциям. Толерантное внутриглазное давление находится в диапазоне от 13,5 мм рт.ст. до 19,6 мм рт.ст. Целевое давление ниже толерантного давления в среднем на 2,5±0,03 мм рт.ст. и находится в диапазоне от 11 до 17 мм рт.ст.

Вывод. Подход к оценке эффективности диагностики и лечения больных первичной открытоугольной глаукомой с позиции толерантности и интолерантности зрительного нерва позволяет обосновать и своевременно использовать современные лазерные и хирургические технологии для снижения интолерантного внутриглазного давления до целевого давления и стабилизации зрительных функций у больных первичной открытоугольной глаукомы.

ИССЛЕДОВАНИЕ РИГИДНОСТИ СКЛЕРЫ ГЛАУКОМНЫХ ГЛАЗАХ

Парманкулова Ю.Д.
Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время достигнуты определенные успехи в консервативном и хирургическом лечении первичной открытоугольной глаукомы - (ПОУГ).

Несмотря на это, большинство больных продолжают терять зрительные функции: правомерным и сложным остается вопрос о том, почему даже при снижении внутриглазного давления (ВГД) до среднестатистических величин, у большинства больных ПОУГ продолжается прогрессирование глаукомного процесса.

Это подтверждают и клинические данные, показывающие сравнительно невысокую эффективность консервативной терапии, не обеспечивающей должным образом профилактику ухудшения - зрительных функций при нормализованном ВГД.

Цель исследования. Исследовать в здоровых и глаукомных глазах ригидность и функциональные возможности эластических волокон склеры с учётом возраста, уровня офтальмотонуса и стадии первичной открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы исследования. Для изучения возможностей современных медицинских технологий в ранней диагностике, определении толерантного давления и лечении больных первичной открытоугольной глаукомой были проведены исследования с использованием современной медицинской техники, проанализированы результаты обследований и лечения больных ПОУГ в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Исследование ригидности склеры на пневмоанализаторе ORA показало, что предложенный критерий время аппланации (ТА) отражает состояние её ригидности, которая в здоровых глазах до 45 лет не изменяется, затем постепенно увеличивается с 8,15±0,02 мс до 8,31±0,06 мс. Уже в I стадии болезни ТА глаукомных глаз существенно превышает его значения в здоровых глазах, а по мере прогрессирования глаукомного процесса изменяется от I до IV стадии с 8,65±0,09мс до 12,39±0,53мс.

Исследование на пневмоанализаторе ORA показало, что время отклика (ТО) характеризует функциональные возможности её эластических волокон, которые в здоровых глазах до 45 лет не изменяются, а затем уменьшаются на 0,14 мс, $p<0,001$. В глаукомных глазах данный критерий уменьшается по мере прогрессирования заболевания с 10,20±0,М'мс до 2,79±1,06 мс, $p<0,0001$.

Изучение изменений офтальмотонуса на пневмоанализаторе ORA выявило, что в здоровых глазах до 45 лет внутриглазное давление не изменяется. После 45 лет среднее значение ВГДояаурк увеличивается на 1,57 мм рт.ст. ($p<0,0001$), а ВГД01*А/гольд на 0,92 мм рт.ст. ($p<0,0001$). В глаукомных глазах офтальмотонус повышается параллельно прогрессированию глаукомного процесса.

Многофакторный анализ показал прямую пропорциональную зависимость между показателями ригидности склеры (ТА) и внутриглазного давления 1-0,96 ($p<0,0001$), а также обратную зависимость между критерием функциональной возможности эластических волокон склеры (Т0) и офталь-мотонусом r= - 0,95 ($p<0,0001$).

Выводы. Клинические данные показали, что одним из значимых факторов в формировании уровня ВГД является ригидность склеры. В связи с этим диагностические и лечебные мероприятия по борьбе с ПОУГ должны быть направлены, в том числе, на измерение и восстановление эластических свойств оболочек глаза.

Клинически выявлено, что индивидуальные значения ригидности склеры и ВГД остаются практически постоянными до 45-ти лет, а их значимые изменения происходят после 45 лет. Поэтому профилактическое обследование здоровых лиц для определения уровня ВГД в молодости целесообразно проводить в период до 40 лет, а регулярное профилактическое обследование на глаукому следует начинать с 45-летнего возраста.

Оценка уровней ригидности склеры и её функциональных свойств по предложенным критериям: «время аппланации» и «время отклика» позволяет более объективно контролировать лечение ПОУГ.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ

Пулатов Н.Х., Насретдинов З.Б., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т.
Кафедра хирургической стоматологии - АГМИ

Актуальность: Воспалительные осложнения при остеомиелитах нижней челюсти могут проявлятся в виде нагноения гематомы, нагноения костной раны, образования абсцессов и флегмон в околочелюстных тканях, травматического остеомиелита.

Цель исследования: совершенствование прогноза лечебно-профилактических мероприятий одонтогенных остеомиелитов.

Материалы и методы: Обследование проводилось в отделении хирургической стоматологии областной больницы г. Андижан. Обследовано 32 больных. Из них 1 группу (контрольную) составили 15 больных, леченных традиционным методом. 2 группу (основную) составили 17 больных, леченных с включением антибиотикосодержащих сорбентов.

Результаты и их обсуждение: Основными признаками, способствующими развитию воспалительных осложнений, являются: позднее обращение больных за врачебной помощью, неполноценная и поздняя иммобилизацию отломков, несвоевременное удаление зубов в области линии перелома, неполноценная первичная хирургическая обработка ран, нерациональное применение лекарственной терапии.

Немаловажную роль в возникновении воспалительных осложнений остеомиелитов челюстей играет снижение иммунологической реактивности организма, которое наиболее часто наблюдается при

сопутствующих заболеваниях внутренних органов и систем (хронические заболевания органов дыхания, пищеварительного тракта, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, алкоголизм и перенесенные ранее инфекционные заболевания).

Из всех форм воспалительных осложнений остеомиелитов нижней челюсти наиболее часто встречаются хронический остеомиелит (13,3 %), при котором почти вдвое удлиняется срок временной нетрудоспособности больных.

В профилактике одонтогенного остеомиелита, а также других воспалительных осложнений первостепенное значение имеет своевременная диагностика остеомиелитов челюстей и оказание специализированной помощи в полном объеме и в ранние сроки после травмы. Лечение пострадавших с переломами челюстей можно разделить на три периода: догоспитальный, госпитальный и период амбулаторного долечивания. Для каждого периода характерны свои меры профилактики воспалительных осложнений:

1) В догоспитальном периоде важное значение имеет устойчивая транспортная иммобилизация поврежденной челюсти и госпитализация пострадавшего в ранние сроки после травмы.

2) В госпитальном периоде осуществляются основные лечебно-профилактические мероприятия (первичная хирургическая обработка раны, по показаниям удаляется зуб из плоскости перелома, осуществляются постоянное лечебное закрепление отломков поврежденной челюсти, тщательный гигиенический уход за полостью рта). Важное значение имеет рациональное применение антибактериальных средств. При наличии данных, свидетельствующих о пониженной иммунологической реактивности организма, необходимо в ранние сроки начинать общеукрепляющую иммуностимулирующую терапию.

3) При амбулаторном долечивании остеомиелитов нижней челюсти необходимо уделять особое внимание состоянию окклюзии зубов. Задачами этого этапа являются продолжение преемственности лечения в постгоспитальном периоде, профилактика возможных осложнений и восстановление утраченной в результате травмы функции.

Выводы: Улучшение качества в лечении больных с одонтогенными остеомиелитами челюстей зависит от четкой организации травматологической помощи на всех этапах реабилитации. Своевременное и полноценное лечение ведет к снижению воспалительных осложнений остеомиелитов и сокращению сроков лечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Пўлатов Х.Т., Раимжонов Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Цель. Индивидуальная профилактика и лечение начальных стадий воспалительных заболеваний пародонта в рамках диспансерного наблюдения.

Результаты и их обсуждение. Трехэтапная система диспансеризации пациентов с ВЗП или предрасполагающими к ним факторами предусматривает оценку состояния пародонта с применением сформированного комплекса методов диагностики в каждой группе: - при первичном обращении к стоматологу; - в процессе проведения лечебных и (или) профилактических мероприятий; - при динамическом наблюдении после проведенных курсов лечения и профилактики. Разработанные эталоны диагностических исследований и объема помощи на этапах диспансеризации, с одной стороны носят унифицированный характер с учетом особенностей нашего региона и направлены на более качественное выполнение ЛПМ, с другой стороны — предусматривают индивидуальный подход с обоснованием частоты наблюдения, осмотров специалистами. На этапе диспансерного наблюдения пациентам назначали по показаниям мероприятия первичной, специфической вторичной профилактики или лечение, направленные на ликвидацию или минимизацию общих и местных пародонтопатогенных факторов, а также контрольные осмотры. Назначения осуществлялись в соответствии с перечнем и последовательностью применения выделенных диагностических методов. При выявлении нарушений состояния тех или иных органов и систем, имеющих патогенетическую связь с патологическими процессами в пародонте (по данным анамнеза и осмотра полости рта), обследуемым лицам рекомендовались консультации у врачей-специалистов, сбалансированное питание, мероприятия по оздоровлению организма. Оценка таких местных факторов, как патология архитектоники преддверия полости рта, нарушения прикрепления уздечек губ и языка, аномалии прикуса, разрушение кариесом окклюзионных, проксимальных и пришеечных областей, некачественные протезы и реставрации, в качестве причины появления и прогрессирования воспаления в тканях пародонта, служила поводом для планирования мероприятий по их устранению или минимизации. Такие пациенты направлялись к смежным специалистам на ортодонтическое и ортопедическое лечение, санацию полости рта у стоматологов-терапевтов и хирургов. Одним из ключевых моментов в терапии и предупреждении патологии пародонта являлась профессиональная гигиена полости рта. Поэтому

пациентам, находящимся в группе риска развития ВЗП, удаляли над- и поддесневые зубные отложения, проводили обучение рациональной гигиене полости рта, при неудовлетворительном состоянии полости рта, рекомендовали лечебно-профилактические зубные пасты, препятствующие образованию зубного налета и превращению его в зубной камень за счет ферментосодержащих компонентов. К лицам с локализованными формами гингивита и пародонтита применяли комплексный персонифицированный подход, с учетом, как этиологических факторов, так и локального стоматологического статуса в области поражения. Для купирования локального воспалительного процесса проводили антисептическую обработку, изоляцию тканей пародонта от травмирующих факторов. Устранение дефектов пломбирования, полноценное восстановление контактных пунктов между зубами, проведение современного ортопедического лечения способствовало созданию условий для последующей регенерации пародонтальных структур. При наличии выраженных симптомов патологии ВЗП мы рекомендовали пациентам специальные, адаптированные к конкретной клинической ситуации лекарственные средства, содержащие компоненты растительного и природного происхождения, комплексно воздействующие на различные звенья патогенеза заболеваний пародонта. Контроль за выполнением всех индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий (ЛПМ) осуществлялся во время периодических осмотров, при необходимости проводилась коррекция назначений. Эффективность диспансеризации мы рекомендуем оценивать по следующим качественным и количественным показателям данного этапа: - плановость и активность диспансерного наблюдения (отношение количества посещений пациентов к общему числу назначенных) составила — 85,4 %; - полнота выполнения запланированных персонифицированных лечебно-профилактических мероприятий (отношение числа выполненных персонифицированных ЛПМ к общему числу запланированных) — 86,6 %, что характеризует высокое качество диспансеризации. Показатель общей эффективности индивидуальной профилактики ВЗП (определяется не ранее, чем через 2 года диспансерного наблюдения по завершении первичного, вторичного и третичного движения) составил — 100 %.

Выводы. Осуществление персонифицированных мероприятий в рамках диспансерного наблюдения, является эффективнее самостоятельного выполнения традиционных назначений, рекомендованных стоматологами.

ТЕХНИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОФФЕРДАМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Пўлатов Х.Т., Раимжонов Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Введение. Использование коффердама (пластина из латекса, предназначенная для изоляции одного или нескольких обрабатываемых зубов от остальной полости рта во время лечения) в стоматологии в первую очередь связано с необходимостью качественной изоляции рабочего поля. Однако применение коффердама в качестве лишь изоляции не отражает реальные возможности данного материала в практике.

Цель. Наглядное предоставление методик использования латексного и жидкого коффердама.

Задачи. Работа направлена на подготовку студентов к использованию этой системы, закрепление знаний уже квалифицированных работников, а также на формирование интереса к дальнейшему развитию методик применения этого элемента в стоматологии.

Материалы и методы. Коффердам, щипцы, перфоратор, шаблон, рамка, кламмера, зубная нить, жидкий коффердам, материалы для реставрации, тефлоновая лента.

Результаты и их обсуждение. Техника №1: устанавливанием платок на зуб, щипцами накладывается кламп. Техника №2: сначала устанавливаем кламп, на него накладывается коффердам, далее с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №3: надеваем коффердам на дугу клампа. Сворачиваем коффердам, накладываем кламп на зуб, с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №4: платок надеваем на крылья ранее установленного клампа. Расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №5: накладываем коффердам на зуб. В отверстия для щипцов продеваем зубную нить одним концом снаружи клампа, другим изнутри. Кламп накладываем на зуб. Нить натягивается, расправляя коффердам в дистальном зубном промежутке. Внутренний конец нити продевается под крылом клампа через дистальный зубной промежуток кнаружи. Далее этот же конец продевается через наружное крыло клампа и через дугу соединяется с наружным концом нити. Метод обеспечивает лучшую устойчивость клампа. Так же можно сформировать индивидуальный матричный фиксатор. На удерживающие части фиксатора наносится жидкий коффердам, создавая отпечаток окружающих элементов с помощью жидкого коффердама создают индивидуальный окклюзионный ключ. Перед препарированием боковой группы зубов из жидкого коффердама изготавливается отпечаток окклюзионной поверхности. На последнем этапе реставрации переносятся контуры фиссур через тефлоновую ленту.

Выводы. На практике мы разобрали техники наложения коффердама, обучились их применению и попытались доступно объяснить и наглядно показать результаты. Так же мы пришли к выводу, что

дальнейшая разработка новых методов применения и модифицирования уже имеющихся – перспективная задача.

ҚАЙИҚСИМОН СУЯГИ ЭСКИРГАН СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Равшанов Ш.Н. Эргашов М.М. Худоёров Ф.Р.Ибодов Б.И.
Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази., Тошкент

Қайиқсимон суякнинг билак-кафт бўғими функциясида жуда муҳим ахамиятга эгалигини биламиз. Шунинг учун қайиқсимон суяк синиқларидан кейин жиддий оқибатлар келиб чиқиши мумкин. Бу суяknинг синиши кўпинча ёши катта беморларда учрайди ва барча синишларнинг 2-7% ини ташкил қилади. Шунингдек барча кафт усти суяги синиқларини 82-89 %и шу суякка тегишлидир Ғарб мамлакатларида бу кўрсаткич хар 10000 ахолига 5 та худди шундай синиқ тўғри келиши аниқланган, аммо кўпинча бундай синиқларда кузатиладиган диагностик камчиликлар туфайли аниқ ташхислаш қийинчиликлар келтириб чиқарган. Диагностика қилиш эрта ташхислаш жуда мухим ахамиятга эга чунки оладиган натижаларимиз эрта ташхислаш ва тўғри тактика қониқарли натижаларни беради. Ўрганишлар натижасида шу нарса аниқландики қайиқсимон суяк проксимал синиқларида кандай методикаларни танлашимиздан ва эрта даволашни бошлашимиздан қатий назар яхши натижалар кам кузатилди, аммо қайиқсимон суяк бошка сохалари синқлари тўғри тактикаларда яхши натижалар кузатилди.

Мақсад: Қайиқсимон суяк эскирган синиқларини консерватив ва оператив даволаш натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва методлар: Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази.” Қўл ва оёқ панжаси хирургияси” бўлимида 2019 йилдан 2021-йилларида кузатувда бўлган 30 та қайиқсимон суяги синиши ташҳиси билан даволанган беморда изланиш олиб борилди бунда беморларда МСКТ, рентгенография ва клиник текшириув усулларидан фойдаланилди. Беморларнинг ўртача ёши 28 дан 60 ёшгача (47±3).

Беморларда МСКТ, рентгенография ва клиник текширув усулларидан фойдаланилди.

Беморларни даволаш усули бўйича икки гуруҳга ажратилди: оператив усул билан даволанганлар - 12 тани, консерватив даволанганлар -18.

Консерватив даволаш: Гипс боғлами билак ички юзаси юқори учлигидан биринчи бармоқ учигача қўйилган. Гипс олти хафта давомида қўйиб даволанилиши керак, бу вақт оралиғида суяк битаётганлигини бахолаш учун такрорий рентгенография қилиб туриш керак. Гипс муддати суяк синган сохасига қараб ўзгаради. Дистал учдан-бир қисм суяк синиқларида 6-8 ҳафта, ўрта учдан-бир қисми синиқларида 8-12 ҳафта ва проксимал қисми синиқларида 12-24 ҳафта ичида битиши мумкин.Чунки қайиқсимон суяк дистал қисми синиқларининг эрта битиши синган соханинг қон билан таминланишига боғлиқ. Беморларда асосан 12 хафта давомида гипс қўйилди шу билан биргаликда беморда медикаментоз терапия олиб борилди.

Оператив даволаш: Оператив даволаш иккита усул билан олиб борилди биринчи гуруҳ беморларни Киршнер михлари билан 6 та беморда (50%), иккинчи гуруҳ 6 та (50%) бўлиб беморларни Герберт (Gerbert) бурама винтлари билан остеосинтез қилинди. Ушбу методлар ёрдамида беморларни даво самарадорлиги сезиларли ўзгарди. Бунга кўра 12та (100%) бемордан 2 (16.67%) тасида қониқарсиз натижа олинди.

Биринчи гуруҳ беморлар олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики Киршнер сихлари билан остеосинтез қилинди беморларда остеосинтез барқарор бўлмади бунинг оқибатида эрта функционал харакатни бошлаш кечикди ва асоратлар ривожланиш шароити юзага келди.

Иккинчи гуруҳ беморларда: ҳозирги кунда ривожланган кичик жарохатловчи оператив даволаш усуллари ёрдамида синиб силжимаган ва силжиган синиқларини жарроҳлик усули билан даволаш анча кўпайди. Қайиқсимон суяк синиб силжимаган ҳолатларда бурама винтлар ёрдамида остеосинтез қилиш эрта функционал ҳолатини эрта тиклаш имконини яратди.

Натижалар. Беморларни даволаш давомида 3 ой, 6 ой ва 12 ой давомида текширувлар олиб борилди. Текширувлар натижалари рентгенография, МСКТ ва функционал усулларга асосида ўрганилди. Олинган натижалар қуйидаги мезонларга қараб бахоланди, суяк функционал ва суяк морфологияси, иммобилизация муддати, репарацияси (нормал суяк қадоғининг ҳосил бўлиши, суяк тўқималарининг ацептик некрози (лизис) бўлишига қараб яхши, қониқарли ва қониқарсиз бахолаш. Бунга кўра консерватив даволанган беморларда 4 (22.22%) яхши, 8 (44.45%) қониқарли ва 6 (33.33%) қониқарсиз натижалар олинган. Қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаби ортопедик режимни бузганлиги яни гипс боғламларини муддатдан аввал олиб ташланганлиги, медикаментоз терапияни олиб борилмаганлиги.

Хулоса ва муҳокамалар. Олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики қайиқсимон суяк синиқларида консерватив даводан кўра оператив давонинг самарадорлиги юқоридир. Оператив давода эса беморларда реабилитацияни эрта бошлаши, 8-12 хафталик гипс муддатини камайтириш ва эрта

функционал холатни бошлаб қайиқсимон суякнинг ацептик некрозини олдини олиш билан биргаликда самарали натижага хам эришишни имконини яратди.

Бунга қарама-қарши ўлароқ консерватив даволанган беморларда гипс қўйгач беморларининг аксарияти гипсни эрта ечиб ташлагани, реабилитацион чора тадбирлари кечиктириб бошлагани ва энг мухими қайиқсимон суякнинг қон билан таминланишининг ўзига хослиги қайиқсимон суякнинг ацептик некрозини юзага келишига сабаб бўлди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки қайиқсимон суякларининг синишларида асосий даволаш ва самарали натижага эришиш усули бу оператив даводир.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Худоёров Ф.Р., Жабборов А.А.

Введение: Лечение внутрисуставных переломов пяточной кости является сложной задачей для современной ортопедии. Несмотря на изобилия предложенных тактик, оптимальный метод лечения до сих пор остается спорным. В рамках данного исследовании оцениваются анатомические и функциональные результаты оперативного лечения внутрисуставных переломов пяточной кости, которые лечились с использованием трех различных методик ORIF.

Материалы и методы: в период с апреля 2019 по марта 2021 год были пролечены оперативным путем 43 пациентов с переломами пяточной кости. Для диагностики помимо стандартной рентгенографии в 2 проекциях применялась МСКТ для детализованной оценки состояния суставных поверхностей. Переломы пяточной кости были классифицированы по классификации Сандерса. Использовали три типа остеосинтеза: стандартную анатомическую пластину и спонгиозные винты. Клинический результат оценивался через год после операции: анатомическое восстановление оценивалась в соответствии с анализом угла Белера при окончательном наблюдении, а функциональная оценка проводилась с использованием шкалы Мэриленд стопы.

Результаты: переломы были классифицированы следующим образом: 15 (35%) тип Сандерса II, 19 (44 %) тип Сандерса III и 9 (21%) тип Сандерса IV. Остеосинтез анатомической пластиной был использован при 28 (65%) переломах, LCP - в 7 (16%) и Винты - в 8 (19 %).

Контрольные тесты показали, что тип перелома не оказал существенного влияния на послеоперационный результат по углу Болера ($p = 0,132$) или тип операции ($p = 0,664$). Отличная или хорошая репозиция задней фасетки пяточной кости была достигнута при всех оперированных переломах. Через год после операции распределение угла Болера было нормальным со средним значением во всех трех группах. В 3 случаев после операции развились инфекционные осложнения. У 2 пациентов через год после операции развился подтаранный артроз и пациентам произведено артродезирование подтаранного сустава.

Заключение. Из 43 оперативно пролеченных внутрисуставных переломов пяточной кости анатомические и функциональные результаты послеоперационной эффективности оказались схожими во всех трех группах лечения. Внутрисуставные переломы пяточной кости со смещением высокой степени (Sanders IV) имели худшие функциональные результаты независимо от типа операции. Оптимальный метод лечения внутрисуставного перелома пяточной кости - оперативное лечение с использованием стандартной анатомической пластинки пяточной кости.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Раджабов А.А., Сиддиқов К.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Инфаркт миокарда и его осложнения - это серьезная медико-социальная проблема. Приблизительно 1,25 млн. человек заболевают инфарктом миокарда ежегодно, мужчины в 3 раза чаще женщин. Именно инфаркт миокарда является одной из основных причин инвалидности, а смертность среди заболевших составляет 25 -30 %.

Заболеваемость инфарктом миокарда неуклонно растет, что может быть связано с глобальным нарастанием психоэмоционального стресса, а так же факторами риска, ведущими из которых является гиперхолестеринэмия, артериальная гипертония и курение.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является выяснение степени отклонения показателей функционального состояния надпочечников больных ИМ от аналогичных показателей группы контроля.

Материалы и методы исследования. Нами были исследованы надпочечники 26 мужчин в возрасте от 55 до 75 лет, умерших от острого инфаркта миокарда в первые 6 суток. Контрольную группу составили мужчины соответствующего возраста, погибшие вследствие травм на месте происшествия - 7 наблюдений.

У представителей обеих групп отсутствовали какие-либо признаки эндокринных заболеваний. Однородность сравниваемых групп по возрасту и особенно полу является принципиальным моментом

Результаты и исследования. В надпочечниках людей, погибших вследствие ИМ, выявлены дисциркуляторные процессы, которые проявляются незначительным, неравномерным отеком стромы, спазмами и парезами сосудов, эритростазами. Капилляры всех отделов коры расширены, особенно в сетчатой зоне. Наряду с перечисленными изменениями, в капсуле и коре обнаруживались микрокровоизлияния чаще всего без перифокальной клеточной реакции.

Клетки клубочковой зоны имели, преимущественно небольшие размеры и темную, компактную цитоплазму. В пучковой зоне основная масса клеток имела крупные размеры, светлую пенистую цитоплазму. Среди крупных клеток находились обширные группы клеток с темной компактной цитоплазмой. По данным некоторых исследователей компактные темные клетки являются наиболее активными в выработке гормонов.

В результате морфометрии обнаружено значительное утолщение клубочковой зоны (на 25%), уменьшение толщины сетчатой зоны (на 45%) и мозгового вещества (на 20%), и практически неизмененную толщину пучковой зоны.

Результаты морфометрического исследования, отражающие уровень гормональной активности железы, были интерпретированы, основываясь на функциональной направленности ее отделов. Так признаки значительного повышенной активности клубочковой зоны при ИМ отражают напряженность ренин - ангиотензи-новой-альдостероновой системы (РААС).

Состояние РААС при инфаркте миокарда обеспечивает компенсаторно-приспособительные реакции сердечно - сосудистой системы путем мощного вазоконстрикторного действия ангиотензина и поддержания объемного кровотока с помощью альдостерона, хотя по данным некоторых исследователей при сравнительном анализе изменений концентрации альдостерона в крови находили как повышение, так и снижение концентрации альдостерона, особенно в первые дни болезни.

Вывод. При остром инфаркте миокарда в клубочковой зоне надпочечников были обнаружены признаки, отражающие патогенетическую роль РААС при инфаркте миокарда.

Выявлено умеренное повышение показателей функции пучковой и сетчатой зон, вероятно гипофизотропного (и/или гипоталамического) генеза.

Кариометрические показатели мозгового вещества не констатируют изменения функционального состояния адреноцитов.

O`T PUFAGI POLIPLARI ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI TAKOMILLASHTIRISH

Rasulova M.M., [1] ***Olimov A. A.***[2]
[1]*Tibbiyot hodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent*
[2]*Andijon Davlat Tibbiyot Instituti, Andijon, O`zbekiston*

Dolzarbligi. O`t pufagi poliplari o`t pufagining keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo`lib umumiy populyatsiyada keng tarqalgan. Shu munosabat bilan erta aniqlash va aniq tashxis qo`yish, oldini olish va davolash masalalari dolzarb bo`lib qolmoqda.

Maqsad. O`t pufagi poliplarni exografik tasvirlarni takomillashtirish.

Materiallar va usullar. Jigar va o`t pufagining ultratovush tekshiruvi 18-75 yoshdagi o`t pufagi kasalliklari bilan og`rigan 40 bemorda 2-5 MHz chastotali datchiklardan foydalangan holda va standart tekshiruvi muvofiq rangli Doplller foydalangan holda och qoringa o'tkazildi. Tadqiqot standart tekshiruvi bo`yicha o`tkazildi: jigar topografiyasi, harakatchanligi, konturlari, exogenligi, exo tuzilishi, jigar parenximasining tovush o`tkazuvchanligi baholandi, qon tomir arxitekturasining holati va o`t yo`llari holati baholandi, o`t pufagining shakli, o`lchami, devor qalinligi va tarkibi baholandi. Tekshiruv o`tkazilganidan so`ng o`t pufagining devorining batafsil tahlili to`qima gormonikasi, ZOOM tasvirni kattalashtiruchi paneli va Doppler rejimlar (rangli Doppler (CDC) va spektral Doppler) yordamida nurni devorning patologik o’choqqa yo’naltirilgan.

Natijalar. To`qima gormonikasi usullari va ZOOM panelidan foydalangan holda kulrang shkala rejimida o`tkazilgan ultratovush tekshiruvlari natijasida ilgari aniqlanmagan 3 mm gacha bo`lgan yagona poliplarni 20 nafar bemorda aniqlandi. Ulardan 13 tasida pastki mintaqada joylashgan, 7 bemorda o`t pufagidagi safro quilgan fonida kattaligi 6 mmgacha bo`lgan poliplar istmus proeksiyasida joylashgani aniqlandi. 20 bemorda o`t pufagining barcha devorlarida polipoid o`sishlar qayd etilgan, shulardan 10 tasida akustik soya berib, har xil kattalikdagi toshlar bilan birga bo`lgan. O`t pufagi toshlari bilan poliplari farqlash oddiy exografiyada qiyin kechdi, lekin ultratovush tasvirini optimallashtirish usullaridan foydalanib (5 marta kattalashtirish, to`qimalarning gormonikalari) polipozitsion va poliproyeksion tekshiruvlarda devorlarni batafsil ravishda o’rganib chiqildi. Kulrang rejimda ular bemorning pozitsiyasi o`zgartirilganda dumaloq va o`t pufagining ichki devorida joylashgan, o`rtacha o’lchamlar 6,4±2,3 mm

bo`lgan, izoexgen, exo bir jinsli harakatsiz holatda ko'rindi. CDC rejimida mayda qon tomirlari kuzatilmadi. Asosi keng bo'lgan 7 mmdan yuqori bo`lgan poliplarda exografik tasvirni optimallashtirish usullar orqali aniq taxlil qilindi. CDC rejimida exografik tasvirni optimallashtirish o`t pufagining kichik poliplarda qon tomir topilmadi. Ultratovush tekshiruvidan o`tgan 10 bemorda o`t pufagi devorining bir xilligi va qalinligining notekisligi qayd etildi. Yuqoridagi usullar bilan tasvirni optimallashtirishda va nurni patologik o`choqlarga yo`naltirishda bitta va ko`p sonli giperexgen tuzilmalar distal "kometa dumi" artefaktini asosida o't pufagining xolesterozi xulosa berildi. O`t pufagi xolesterozining diagnostic mezoni CDC rejimida qon oqimi tezliklarining minimal shkalasi yo'rdamida devordagi giperexogen tuzilmalar yaqinida tez o`zgaruvchan rangli piksellar ko`rinishidagi artefaktning paydo bo`lishi kuzatildi. Ma`lumki, bu artefakt ikkita sababga ega bo`lishi mumkin: ob`ektning kavitatsiyasi va mikro tebranishlari. Kavitatsiya ehtimoli tovush tebranishlari amplitudasining oshishi bilan ortadi. Shuning uchun aniqroq tasvirni olish uchun biz ultratovushni quvvatini maksimal darajada o`rnatilgan. Fokusda amplituda maksimal ekanligini hisobga olsak, uni ushlab turish uchun o`t pufagi devorining chuqurligida o`rnatilgan. Bundan tashqari tebranish artefaktning samaradorligini oshirirsh uchun CFM rejimida Color Gain parametrini oshirdik. Bunda Doppler tasvirida rangli shovqin paydo bo`ldi. Har safar boshqa joyda shovqinportlashlari paydo bo`ldi, tebranish artefaktning holati esa o`zgarishsiz qoldi. Spektral dopler rejimida qabariq devorining ushbu joylarida "oq" shovqin spektri kuzatildi.

Xulosa. Shunday qilib, zamonaviy exografiya texnologiyalaridan, shu jumladan "ZOOM" panelini qo`shgan holda to`qima gormonikasini qo`llash va doppler rejimlaridan foydalanish o`t pufagini xolesterozi va poliplarni aniqlashga, differentsial diagnostika qilishga imkon beradi

SIYDIK CHIQARISH YO`LLARIDA OBSTRUKTIV TOSH KASALLIKLARNI ANIQLASHDA ZAMONAVIY ULTRATOVUSH TEKSHIRISH TEXNOLOGIYALARNI IMKONIYATLARI

Rasulova M.M.[1], Nurmatov S. Yu.[2]
Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent, O'zbekiston[1]
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O'zbekiston[2]

Kirish. Urolitiazning obstruktiv asoratlarini erta tashhislashda va amalga oshirilayotgan davolash tadbirlarni kuzatish maqsadida yuqori ma`lumotli xavfsiz usuli sifatida kompleks ultratovush tekshiruvi texnologiyalarini takomillashtirish dolzarbdir.

Maqsad. Zamonaviy ultratovush texnologiyalari yordamida siydik yo`llari obstruktiv tosh kasalliklarni aniqlovchi tashhisni takomillashtirish.

Material va usullar. Siydik chiqarish tizimining ultratovush tekshiruvi 24-60 yoshdagi obstruktiv uropatiya bilan kasallangan 63 ta bemorda o`tkazildi, ulardan 47 tasi erkaklar, 16 tasi ayollar. Ultratovush tekshiruvi 2-5 MHz konveksli datchiklar yordamida yuqori sinfidagi ultratovush tekshiruvi apparatida o`tkazildi. Tadqiqot standart uslub bo`yicha o`tkazildi: buyraklar topografiyasi va harakatchanligi aniqlandi, biometrik o'lchovlar o'tkazildi, buyraklar parenximasining exogenligi baholandi, qon tomir arxitektonikasi, kosacha-jomcha tizimi, siydik chiqarish yo`llari va siydik pufagi holati baholandi. Umumiy tekshiruv o`tkazilganidan so`ng kosacha–jomcha tizimi, siydik chiqaruv yo`llari, siydik pufagining batafsil aniqlovchi tekshiruvi to`qima garmonikasi, "ZOOM" kattalashtiruvchi va Doppler rejimlari (rangli Doppler va spektral Doppler) yordamida amalga oshirildi. Toshlar siydik chiqarish yo'llarini to'sish darajasini baholash maqsadida siydik pufakga chiqish jarayonni rangli doppler rejimida rangli to`lqinining o`zgaruvchanligini baholash uchun 1 daqiqada davomida exografik kuzatuv o`tkazildi.

Natijalar. O`tkir buyrak sanchig`i bilan og`rigan 27 nafar bemorni ultratovush tekshiruvi paytida toshlar yuqiri qismida aniqlangan bo'lib, buyrak harakatlanishining keskin cheklanganligini, shuningdek, buyrak parenximasi exogenligi oshganligini, kosacha-jom tizimini 2-3 darajaga kengayganligini ko`rsatdi. Siydik chiqaruv yo`llarining pastki qismida va siydik pufagida aniqlangan toshlari bilan kasallangan 16 ta bemorda buyrakning harakatchanligi saqlanib qolgan edi. "ZOOM" rejimida va to`qima garmonika usullaridan foydalangan holda 15 ta bemorda siydik chiqarish yo`llari o`tishi qiyin bo`lgan joylarda toshlar borligi aniqlandi. Ulardan 13 nafar bemorda siydik nayni o'rta qismida joylashganini aniqlandi. Siydik yo'li o'kazivchanligini rangli doppler rejimi orqali kuzatildi, yani siydik yo'lida joylashgan tosh siydik naylarni teshigidan chiqadigan siydik oqimi rang oqimining paydo bo`lishi va darajasi orqali siydikni o'tkazish darajasini muhim diagnostik mezon bo'ldi. Ushbu rang effektiga ko'ra to'sish darajasini baholash mumkin edi: kichik qismli, kam miqdoridagi siydikning o'tkazuvchanligini saqlab qolish bilan - yuqori to'siq darajasi (n = 20), kichik qismi va kam miqdoridagi, ammo saqlangan tezligi bilan, buzilmagan oqim mo'tadil darajani ko'rsatdi (n = 9), kam miqdoridagi oqimni siydik chiqarish yo'lidan siydik chiqarishning nisbatan buzilmagan darajasi bilan, ammo kuchli og'riq bilan kuzatilgan bemorlar - siydik yo'llari o'tkazuvchanligi yengil darajada buzilganligi guruhga (n = 13) ajratishga imkon berdi.

Bemorlarning so`ngi guruhida aniq vizualizatsiya mavjud emas edi. Bunday vaziyatda reaktiv ichak parezi tufayli, shilliq qavatlar va artefaktlardan kichik va qiyin farqlanadigan toshlarini differentsial diagnostika qilish uchun biz rangli doppler rejimida exografik tasvirni optimallashtirib o'rganib chiqdik, ya'ni tebtanuvchi artefaktni paydo bo'lishini kuzatdik. Mikrolitning aniqroq tasvirini olish uchun biz nurni fokusini va quvvatini yuqori darajada

o'rnatdik. Bundan tashqari biz rangli Doppler rejimida Slor Gain parametrini oshirdik, bu uning holatini o`zgartirmaydigan tebranish artefaktni aniq farqlashimizga imkon berdi. Spektral Doppler rejimida ushbu sohada biz "oq" shovqin spektrini qayd etdik.

O'tkir buyrak kolikasi bo'lgan 10ta bemorda va ko'p sonli siydik yo'llari toshqini bilan surunkali obstruktsiyasi bo'lgan 5ta bemorda 3-darajali ureterohidronefroz va buyrakning gidronefrotik o'zgarishi qayd etildi. Shu bilan birga, siydik yo’li o’tkazuvchanligi kulrang shkalada ham, tasvirni optimallashtirish bilan rangli doppler rejimida ham aniqlanmadi.

Xulosa. Zamonaviy ultratovush texnologiyalaridan foydalanish, shu jumladan "ZOOM", to'qima harmonikasidan foydalanish, nurni patologik fokusga yo'naltirish va doppler rejimlarini optimal ravishta sozlash, siydik yo'llarining to'sish darajasi buzilganligini aniqlovchi differentsial diagnostika qilishga, davolash va reabilitatsiya taktikasini aniqlashga, shuningdek davolanishni natijalarini kuzatishga imkon beradi

ЗНАЧИМОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ЭХОГРАФИЧЕКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Расулова М.М.[1], Самибоев Д.Р.[2]
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан[1]
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан[2]

Введение. Современные методы медицинской визуализации открыли новые возможности в распознавании полостных образований печени различной этиологии Вопросы ранней и уточняющей диагностики и определения этиологии полостных структур печени, тем самым определение тактики планирования лечебных мероприятий остаются актуальными.

Цель. Улучшение уточняющей дифференциальной ультразвуковой диагностики полостных образований печени путем оптимизации эхографического изображения.

Материал и методы. Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря проведено 30 пациентам с очаговыми заболеваниями печени в возрасте 11-75 лет на приборе экспертного класса с использованием мультичастотного конвексного датчика 2-5 МГц. Исследование проводилось по стандартной методике: оценивалась топография, подвижность, контуры, эхоструктура, эхогенность, звукопроводимость паренхимы печени с определением её биометрических параметров; оценивалось состояние сосудистой архитектоники и состояние желчевыводящих протоков; оценивалась форма, размеры, толщина стенки и содержимое желчного пузыря, а также обзорная ревизия органов верхнего этажа брюной полости.

После обзорного исследования, проводился детальный анализ выявленных полостных образований печени, используя тканевую гармонику и пульт увеличения изображения «ZOOM» с фокусировкой луча на исследованную область, режимы допплерографии (цветное допплеровское картирование (ЦДК) и спектральный допплер (PW)). Всем пациентам с полостными образованиями дополнительны была проведена компьютерная томография.

Результаты. В результате проведенных ультразвуковых исследований в режиме серой шкалы с применением методик тканевой гармоники и пульта «ZOOM» у 7 пациентов были обнаружены биломы, представленные отграниченными полостными структурами вариабельного размерами с анэхогенным содержимым, дающих дистальное усиление ультразвука. Отличительным признаком билом было слабо выраженная неровность контура, отличимая в режиме «ZOOM» и отсутствие капсулы полости.

У 4 пациентов были диагностированы абсцессы печени, локализующихся вблизи желчного пузыря, заполненного множественными конкрементами с признаками эмпиемы желчного пузыря. При этом абсцедированные полости отличались бесформенными полостными структурами с неравномерно повышенной эхогенностью перифокальной инфильтрации печени, а содержимое было представлено густым дисперсным содержимым. В режиме ЦДК на минимальной шкале скоростей кровотока отмечалось неравномерное усиление сосудистых элементов в перифокальных отделах полости.

У 9 пациентов старше 50 лет в структуре печени, селезенки и паренхимы почек диагностированы множественные разнокалиберные полостные образования. При этом содержимое кист было анэхогенным. Отличительным признаком поликистоза печени было дополнительно наличие выраженного уплотнения стенок желчевыводящих протоков по всей паренхиме печени.

У 10 больных были впервые диагностированы эхинококковые кисты, представленные анэхогенными полостными образованиями с наличием гипоэхогенного ободка и двухконтурности капсулы, четко дифференцируемой при использовании тканевой гармоники и пульта увеличения изображения «ZOOM» с фокусировкой луча на исследованную область.

Выводы. Таким образом, применение современных технологий эхографии, включающий тканевую гармонику с включением пульта «ZOOM», фокусировки луча на патологический очаг и оптимальной настройки допплерографических режимов позволяют проведению уточняющей дифференциальной

диагностики полостных структур печени, тем самым определению тактики и мониторинга за проводимыми лечебно-оздоровительными мероприятиями.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

А.М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев, С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, МЗРУз, Ташкент

Актуальность. Лечение больных с ложными суставами длинных костей конечностей являются одной из актуальных, и в тоже время нерешенных проблем современной травматологии и ортопедии. Частота неудовлетворительных исходов при этой патологии достигает 40%.

В последнее время широко начали применять в таких отраслях медицины, как гинекология, гнойная хирургия, эндокринология, фтизиохирургия ферментного препарата отечественного производства кукумазима, который является экстрактом из плодов дынного дерева. А данных о применение кукумазима при лечении несросшихся переломов и ложных суставов в отечественной и зарубежных литературах мы не нашли.

Цель исследования: Совершенствование вопросов лечения несросшихся переломов и ложных суставов, разработка целенаправленных и эффективных средств, положительно влияющих на регенерацию костной ткани и предупреждающих послеоперационных осложнений, снижение инвалидности является актуальной проблемой современной травматологии.

Материалы и методы. В отделение последствие травм РСНПМЦТ и ОМЗ. РУз. под нашим наблюдением находились 160 больных в возрасте от 18 до 60 лет с несросшимся переломами и ложными суставами длинных костей. По локализации ложных суставов больные распределялись следующим образом:

80 пациентов - большеберцовая кость;

34 пациентов - бедренная кость;

25 пациентов - плечевая кость;

21 пациентов - кости предплечья;

Факторами, влияющими на выбор тактики лечения, являлись: наличие деформации и укорочение сегмента конечности; характер смещения отломков; степень патологической подвижности в области ложного сустава; изменение костной структуры (стеопороз, склероз); степень нарушения микроциркуляции; лимфовенозная недостаточность и социальной статус больного.

Результаты и обсуждение. Нами разработан новый способ лечения данной категории больных, который включает внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с введением кукумазима в область ложного сустава в дозе 50 ПЕ, растворенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. Аппарат для внеочагового остеосинтеза накладывается на 2-ой день после введения фермента. В результате размягчения рубцов при гипо- или гиперваскулярном ложном суставе уже в день наложения аппарата можно устранить часть угловой или осевой деформации, не открывая область ложного сустава.

Перед наложением аппарата Илизарова при ложных суставах большеберцовой кости производили остеотомию малоберцовой кости. Во всех случаях на операционном столе начинали дистракцию для исправления оси конечности, в послеоперационном периоде дистракцию производили тогда, когда стихали боли до образования диастаза 1-1,5 см. Далее давали компрессию в аппарате до полного контакта костных отломков.

При ложных суставах с наличием металлоконструкции (шурупы, пластинки, штифты и т.д.) производили удаление металлоконструкции и накладывали аппарат Илизарова, а после снятия швов вводили кукумазим в область ложного сустава и на следующий день дали дозированную дистракцию, далее компрессию до полного контакта.

Спустя 6-8 недель на контрольной рентгенографии у большинства пациентов в области конца отломков выявлялась «костная спайка». Дальнейший период стабильной фиксации рентгенологически характеризовался интенсивной минерализацией и смыканием костных отломков.

Выводы. Анализ полеченных результатов, прослеженных от 1 до 5 лет, показал высокую эффективность (96%) разработанного способа внеочагового компрессионно-дистракционной остеосинтеза с применением кукумазима, что обеспечивает неизвестный ранее темп консолидаций ложных суставов длинных костей.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

А.*М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев,*
С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент.
(Директор – д.м.н. М.Э.Ирисметов)

Лечение больных с ложными суставами длинных костей конечностей являются одной из актуальных, и в тоже время нерешенных проблем современной травматологии и ортопедии. Частота неудовлетворительных исходов при этой патологии достигает 40%.

В последнее время широко начали применять в таких отраслях медицины, как гинекология, гнойная хирургия, эндокринология, фтизиохирургия ферментного препарата отечественного производства кукумазима, который является экстрактом из плодов дынного дерева. А данных о применение кукумазима при лечении несросшихся переломов и ложных суставов в отечественной и зарубежных литературах мы не нашли.

Совершенствование вопросов лечения несросшихся переломов и ложных суставов, разработка целенаправленных и эффективных средств, положительно влияющих на регенерацию костной ткани и предупреждающих послеоперационных осложнений, снижение инвалидности является актуальной проблемой современной травматологии.

В отделение последствие травм РСНПМЦТиО МЗ. РУз. под нашим наблюдением находились 160 больных в возрасте от 18 до 60 лет с несросшимся переломами и ложными суставами длинных костей. По локализации ложных суставов больные распределялись следующим образом:

80 пациентов- большеберцовая кость;

34 пациентов- бедренная кость;

25 пациентов- плечевая кость;

21 пациентов- кости предплечья;

Факторами, влияющими на выбор тактики лечения, являлись: наличие деформации и укорочение сегмента конечности; характер смещения отломков; степень патологической подвижности в области ложного сустава; изменение костной структуры (стеопороз, склероз); степень нарушения микроциркуляции; лимфовенозная недостаточность и социальной статус больного.

Нами разработан новый способ лечения данной категории больных, который включает внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с введением кукумазима в область ложного сустава в дозе 50 ПЕ, растворенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. Аппарат для внеочагового остеосинтеза накладывается на 2-ой день после введения фермента. В результате размягчения рубцов при гипо- или гиперваскулярном ложном суставе уже в день наложения аппарата можно устранить часть угловой или осевой деформации, не открывая область ложного сустава.

Перед наложением аппарата Илизарова при ложных суставах большеберцовой кости производили остеотомию малоберцовой кости. Во всех случаях на операционном столе начинали дистракцию для исправления оси конечности, в послеоперационном периоде дистракцию производили тогда, когда стихали боли до образования диастаза 1-1,5 см. Далее давали компрессию в аппарате до полного контакта костных отломков.

При ложных суставах с наличием металлоконструкции (шурупы, пластинки, штифты и т.д.) производили удаление металлоконструкции и накладывали аппарат Илизарова, а после снятия швов вводили кукумазим в область ложного сустава и на следующий день дали дозированную дистракцию, далее- компрессию до полного контакта.

Спустя 6-8 недель на контрольной рентгенографии у большинства пациентов в области конца отломков выявлялась «костная спайка». Дальнейший период стабильной фиксации рентгенологически характеризовался интенсивной минерализацией и смыканием костных отломков.

Анализ полеченных результатов, прослеженных от 1 до 5 лет, показал высокую эффективность (96%) разработанного способа внеочагового компрессионно-дистракционной остеосинтеза с применением кукумазима, что обеспечивает неизвестный ранее темп консолидаций ложных суставов длинных костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

А.М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев, С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент.
(Директор – д.м.н. М.Э.Ирисметов)

Проблема лечения нарушений костной регенерации остается одной из актуальных вопросов современной травматологии и ортопедии. Ложные суставы и несросшийся переломы являются тяжелыми осложнениями переломов, а частота их возникновения, по данным А.Д.Ли (2002г), В.И.Шевцов, В.Д.Макушина (2005г), колеблется в очень широких переделах и достигают до 30%.

Исследованиями многих ученых доказаны развитие глубоких нарушений клеточного иммунитета, но на доступной литературе о результатах проведенных иммунологических исследований при несросшихся переломах и ложных суставах мы не нашли.

Цель исследования: Учитывая вышесказанное, нами изучены особенности изменения клеточного и гуморального звена иммунитета, а также функционирования активационных маркеров лимфоцитов у больных с несросшимся переломами и ложными суставами костей верхней конечности.

За период 2019-2020гг. в отделении последствий травм РСНПМЦТиО МЗ РУз. получили лечение 198 больных с несросшимся переломами и ложными суставами длинных трубчатых костей, 110 больным проведены иммунологические исследования. А также иммунологические исследования проведены у 43 здоровых людей.

- I группа: группа здоровых людей n= 43.
- II группа леченные с применением кукумазима n=59.
- III группа леченные с применением костного мозга+кукумазима n= 51.

Для оценки состояния иммунной системы используются следующие методы: выделение лимфоцитов из периферической крови на градиенте фиколл-верографин, определение субпопуляционного состава лимфоцитов с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD38, CD25 и CD95 определение концентрации иммуноглобулинов A, M, G.

Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии антигенов CD – дифференцировочных и активационных. Определяли следующие маркеры иммунокомпетентных клеток: CD3 – Т-лимфоциты, CD4 – Т-хелперы/индукторы, CD8 – Т-супрессоры/цитоксические лимфоциты, CD19 – В-лимфоциты, CD16 – естественные киллеры, а также CD25+ – лимфоциты, несущие рецепторы к α-цепи ИЛ-2, CD95+ – апоптоз. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител.

Проведенные иммунологические исследования показали, что при несросшихся переломах и ложных суставах костей верхней конечности, при комплексном применении механического (КДО), химического (введение кукумазима) и биологического (костный мозг) факторов воздействия на репаративный остеогенез, наблюдается повышение показателей клеточного и гуморального звена иммунитета.

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ И ГИППОКАМПЕ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ И ФАКТОРАХ РИСКА ЕЕ НАСТУПЛЕНИЯ

Рахимов Б.Г. Нурматов Х.В., Хакимов З.К.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. За последние 30 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составила свыше 35 % всех случаев смерти населения Узбекистане.

Высокая частота ВСС является бесспорным стимулом для всестороннего и тщательного изучения патофизиологических аспектов нарушений сердечной деятельности, приводящих к внезапному летальному исходу.

Одним из определяющих элементов стабильного функционирования сердечно-сосудистой системы является ее высокая чувствительность к центральным коррегирующим воздействиям. При этом характер эффективного ответа данной функциональной системы во многом зависит от психоэмоционального состояния.

Цель исследования. Изучение структурно-метаболических изменений гипоталамуса и гиппокампа при внезапной сердечной смерти и действии факторов риска ее наступления.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 50 трупов умерших в 2019—2021 гг. от острой коронарной недостаточности вследствие ИБС, группу сравнения — 20 трупов лиц, скончавшихся от острой кровопотери на месте происшествия вследствие повреждения крупных магистральных сосудов — аорты и сонной артерии, колото-резаных ранений сердца.

Результаты и исследования. В гипоталамусе лиц, умерших внезапно от ИБС, повышено содержание холестерина, триглицеридов, свободных жирных кислот, основных фракций фосфолипидов и их лизоформ. Указанные биохимические изменения сочетаются с морфологическими признаками, свидетельствующими о повышенной секреторной активности нейронов.

В гиппокампе лиц, умерших внезапно от ИБС, уменьшено количество холестерина, свободных жирных кислот и основных фракций фосфолипидов - лизофосфатидилсеринов, лизофосфатидилхолинов, сфингомиелинов и фосфатидилхолинов. Результаты изучения ультраструктуры гиппокампа свидетельствуют о снижении в нем интенсивности процессов нейросекреции.

В гипоталамусе лиц, погибших от травматических повреждений в состоянии алкогольной интоксикации обнаружены увеличение содержания липидов и морфологические признаки нарушенного функционирования нейронов. Таким образом, структурно- метаболические изменения в гипоталамусе при ИБС и алкогольной интоксикации имеют сходный характер.

В гиппокампе лиц, погибших от травматических повреждений в состоянии алкогольной интоксикации, происходит падение уровня фосфолипидов за счет лизофосфатидилсеринов и сфингомиелинов, сочетающееся со сниженной функцией нейронов. Следовательно, изменения липидного состава и ультраструктурная патология гиппокампа лиц, умерших в состоянии алкогольного опьянения, сходны с морфо-биохимическими нарушениями, обнаруженными при внезапной сердечной смерти.

При экспериментальной атерогенной гиперлипопротеинемии IV типа в гипоталамусе и гиппокампе кроликов увеличивается содержания холестерина, триглицеридов, свободных жирных кислот и фосфолипидов за счет фосфатидилхолина и лизофосфолипидов. В условиях раннего этапа атерогенеза морфологическая картина указанных нервных структур характеризуется преобладанием признаков повышенной функциональной активности нейронов.

Полученные данные указывают на участие ведущих факторов риска внезапной сердечной смерти - атерогенной дислипопротеинемии и алкогольной интоксикации - в формировании структурно-метаболических изменений в гиппокампе и гипоталамусе.

Обнаруженные при внезапной смерти от ИБС, а также в условиях влияния ее факторов риска, биохимические и морфологические изменения гипоталамуса и гиппокампа могут составлять структурно-метаболическую основу некоторых центральных механизмов внезапной сердечной смерти.

Вывод. Результаты настоящего исследования вносят вклад в учение о некоронарогенных механизмах внезапной сердечной смерти.

Полученные данные расширяют представление о путях реализации танатогенетического влияния атерогенной дислипопротеинемии и длительного употребления алкоголя.

Результаты и выводы настоящего исследования могут быть использованы в преподавании раздела патофизиологии «Патофизиология сердечно-сосудистой системы» и раздела судебной медицины «Судебно-медицинская танатология».

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Рахимова К.М.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Нестабильность шейного отдела позвоночника (ШОП) заключается в появлении патологической подвижности позвоночно-двигательного сегмента, в основе которой лежит повреждение основных структурных элементов, из-за чего происходит увеличение амплитуды нормальных движений либо расширение степеней свободы движений вплоть до несвойственных ранее.

Согласно биомеханическим концепциям, выделяющим колонны, большая часть опорной нагрузки приходится на задние структуры - ножки, дужки и боковые массы. Большое внимание следует уделять связочному аппарату. Связочный аппарат обеспечивает статическую стабильность, тогда как мышцы отвечают за динамическую стабильность.

Причиной нестабильности ШОП нередко становятся дегенеративные изменения, возникающие в процессе старения и как ответ на тяжелые профессиональные условия труда. Кроме того, появление патологической подвижности в шейном отделе позвоночника может быть связано с травмами, воспалительными процессами, опухолями, последствиями хирургических операций на позвоночнике, врожденными пороками и аномалиями развития, генетическими заболеваниями и др.

Цель исследования. Совершенствование лучевой диагностики у пациентов с последствием хлыстовой травмы позвоночника.

Материалы и методы исследования. Обследовано 148 пациентов с острой ХТ - 111 человек; с ПХС-37 пациентов. Контрольная группа составила 40 пациентов с диагностированным остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования. По данным клиннко-иеврологического исследования в остром периоде хлыстовой травмы выявляется полиморфизм клинических симптомов, среди которых на первое место выступает лигаменго-миофасциальный синдром в 69,4% и в 54,2% цервикальпый синдром позвоночной артерии

Спондилография всех отделов позвоночника у пострадавших с хлыстовой травмой показала, что костные повреждения шейного отдела встречаются в 8,1%, и в 3,6% в грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника.

У пациентов с хлыстовой травмой преобладают флексионно-экстензионно-дистракционные переломы (переломо-вывихи и ротационные переломы) в 81,8%, компрессионные переломы в 18,2% от общего количества пациентов с IV степенью повреждения (11 пациентов).

Системный анализ рентгенограмм позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой в 86,4% случаев выявил статические нарушения на всех уровнях позвоночника, что послужило основой для создания индивидуальных программ реабилитации.

Компьютерная томография поврежденных сегментов шейного отдела позвоночника позволила в 97,3% дополнить данные спондилографии и в 20,9% случаев уточнить характер и объем травмы. Детализировались взаимоотношения травмированного участка с окружающими структурами в 19,4%, состояние позвоночного канала и межпозвонковых отверстий в 57,0% случаев, что позволило определить тактику лечения.

Функциональная спиральная компьютерная томография шейного отдела позвоночника у пациентов с хлыстовой травмой дала возможность выявить повреждение правой крыловидной связки в 17,8%, левой - в 11,0% случаев.

Ультразвуковое исследование шейного отдела у пострадавших с хлыстовой травмой позволило идентифицировать патологические изменения паравертебральных фиксационных структур в 69,0% и экстракраниальных сосудов в 61,7%

Ультразвуковая допплерография выявила признаки ирритации периартериального симпатического сплетения позвоночных артерий, что определялось повышением индекса сопротивления в позвоночной артерии на стороне поражения в 36,4%, в то время как в тяжелых случаях и в контрлатеральной позвоночной артерии в 11,2% случаев.

Разработанный алгоритм лучевого исследования позвоночника у пострадавших с хлыстовой травмой в 94,6% случаев дополнил клиническую картину объективными данными индивидуальных статико-функциональных и морфологических изменений позвоночника

Вывод. Реализованные в лечебно-диагностической практике алгоритмы комплексной лучевой диагностики при хлыстовой травме позвоночника позволили повысить эффективность проведения лечебно-восстановительных мероприятий пострадавшим

Разработанные методические подходы к лучевой диагностике и реабилитации при хлыстовой травме могут быть использованы в практической деятельности рентгенологических, неврологических и реабилитационных отделений.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДО И ПОСЛЕ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Рахимова К.М.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В современных условиях нестабильность шейного отдела позвоночника обуславливает порядка сорока процентов случаев потери трудоспособности лиц. Нестабильность шейного отдела позвоночника является весьма распространенной в популяции пациентов, находящихся в трудоспособном возрасте.

Принимая во внимание значительную распространенность данного заболевания, оно не только ведет к ухудшению качества жизни пациентов, но и характеризуется высокой значимостью в экономическом отношении, поскольку увеличивает продолжительность временной утраты трудоспособности и ведет к снижению производительности труда.

Цель исследования. Совершенствование лучевой диагностики у пациентов с нестабильностью позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника на до- и послеоперационных этапах лечения при помощи функциональной мультиспиральной компьютерной томографии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 148 пациентов с острой ХТ - 111 человек; с ПХС-37 пациентов. Контрольная группа составила 40 пациентов с диагностированным остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования. Разработанная методика функциональной мультиспиральной компьютерной томографии является объективным и высокоэффективным методом определения взаимоотношений сочленяющихся поверхностей позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника, повышающим уровень выявляемости нестабильности и гипермобильности позвоночно-двигательных сегментов в шейном отделе позвоночника до 79,31%.

ФМСКТ-критерии оценки нестабильности позвоночно-двигательных сегментов (НПДС) шейного отдела позвоночника позволяют подтверждать наличие нестабильности позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника.

При сравнении с другими методами диагностики выявлено 32,18% случаев постановки диагноза НПДС при отрицательных результатах ранее проведенной функциональной рентгенографии, у 22,9% пациентов диагноз НПДС был поставлен при отрицательных результатах ранее проведенной компьютерной томографии. Отмечена эффективность методики не только в терапевтической практике, но и при хирургической коррекции.

Использование функциональной мультиспиральной компьютерной томографии для дооперационного контроля пациентов с НПДС показало себя надежным диагностическим методом, благодаря которому у пациентов зафиксированы положительные послеоперационные и ближайшие послеоперационные результаты.

Вывод. Методика проведения функциональной мультиспиральной компьютерной томографии для определения взаимоотношений сочленяющихся поверхностей позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника во время проведения функциональной пробы, которая позволяет выявить наличие нестабильности шейного отдела позвоночника.

Использование данной методики показало высокую диагностическую точность функциональной мультиспиральной компьютерной томографии, превышающую показатели функциональной рентгенографии в определении тактики и объема хирургического вмешательства, а также дает возможность осуществлять послеоперационный контроль данной группы пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Х. Р. Рахматуллаев, А. М. Джураев, Б. А. Абдурахманов, Б.Н. Эргашев, Ирисметов М.Э.
РСНПМЦ травматологии и ортопедии

Различные деформации нижней конечности составляют 43,7% от всех деформаций скелета, из которых 20,7% составляют деформации оси нижней конечности.

Оперативные методы коррекции деформаций, в том числе различные виды остеотомий, дают положительные результаты в лечении детей среднего и старшего возраста. Различные виды остеотомий для детей младшего возраста травматичны и неприемлемы. Таким образом, выбор оптимального метода лечения деформаций оси нижней конечности является важным этапом хирургического лечения, так как неадекватное лечение приводит к рецидивам и осложнениям.

За последние 5 лет под нашим наблюдением в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО МЗ Республики Узбекистан находилось 115 пациентов с осевыми деформациями нижних конечностей в возрасте от 3 до 14 лет, мальчиков было 55, девочкек 60. В возрастном аспекте дети были разделены следующим образом: до 5 лет - 62 пациента, от 5 до 10 лет - 34 и от 10 до 14 лет - 19 детей. Консервативное лечение было проведено 60 пациентам, из которых у 42 ребенка были деформации легкой степени, а в 18 случаях средней степени тяжести. Оперативную коррекцию деформаций оси нижней конечности выполнили у 55 пациентов, из них у 31 использовали метод дистракционного эпифизеолиза и метафизеолиза; 4 пациентам была выполнена корригирующая остеотомия с удлинением бедренной кости, а 20 пациентам-остеотомия с наращиванием треугольного регенерата.

Отдаленные результаты лечения в сроки от одного года до пяти лет были изучены у 42 детей. Как показали наши наблюдения, в отдаленном периоде после лечения, у 48 пациентов получавших консервативное лечение, были получены хорошие результаты, у 12 детей после консервативного лечения наблюдался рецидив, за которым впоследствии последовали хирургические методы лечения. Методика корригирующего дистракционного метафизиолиза также использовалась у детей дошкольного возраста, при аксиальных деформациях нижних конечностей с неправильным развитием мыщелков и синостозом зоны роста. В результате наших исследований было установлено, что применение закрытых методов коррекции осевых деформаций нижних конечностей у детей старших возрастных групп затруднено из-за возрастных изменений костей и развития вторичных деформаций. Поэтому, у детей 11 лет и старше, мы использовали аппаратно-хирургические методы коррекции осевых деформаций. Результаты лечения были изучены у 42

детей. У 26 пациентов, хорошие результаты были получены при коррекции оси конечности и общего объема движений в суставах. У 14 детей отмечены удовлетворительные результаты с частичным рецидивом деформации, который был выявлен через 3-4 года после хирургического лечения. У 2 пациентов был отмечен неудовлетворительный результат из-за воспаления мягких тканей вокруг спиц и рецидива деформации по мере роста ребенка. Среди оперативных методов лечения аппаратно-хирургическое лечение является малотравматичным и наиболее эффективным у детей с устранением осевых деформаций конечностей.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГЛАУКОМЫ

Рустамбекова Ш.И., Икрамов А.Ф., Икрамов О. А.

По данным научных исследователей, в начале XXI века количество страдающих глаукомой за счет азиатской популяции составляет более 35 млн. человек (Houg C, Yamo-moto T.,2007, Quigley H.A. 1996., Ritch R, 1997). Из здорового глаза жидкость оттекает через систему каналов. Если канал перекрывается или не обеспечивает достаточного оттока жидкости, давление повышается, и таким образом, вызывает глаукому. Это заболевание, вызываемое повышенным давлением жидкости в глазу, последущем давление может повредить и зрительный нерв.

За последние годы в офтальмологической литературе появились данные ультразвуковой биомикроскопии.Ультразвуковая биомикроскопии позволяет с микронной точностью в режиме реального времени визуализировать основные структуры иридоцлиарной зоны: радужку, цлиарное тело, заднюю камеру, хрусталик, волокна цинновой связки, участвующих в формировании внутриглазных блоков, и выявить специфику изменений в их топографическом соотношении в зависимости от ведущего компонента блокады угла. Нами изучена методом ультразвуковой биомикроскопии 34 (58 глаз) пациентов (первая группа) в возрасте от 18 до 85 лет, страдающих первичной закрытоугольной глаукомой с органической блокадой угла передней камеры; вторая группа наблюдения была представлена пациентами с первичной открытоугольной глаукомой (22 человек – 44 глаз). Контрольную группу составляли здоровые лица (10 человек – 20 глаз) без глазной патологии и с нормальными значениями внутриглазного давления. Результаты показали, что строение иридоцилиарной зоны глаз у здоровых лиц, выходцев из Азии, имеют свои особенности. При первичной закрытоугольной глаукоме: глубина передней камеры от эндотелия роговицы до капсулы хрусталика в оптическом центре - 1,68±0,05 мм (1,23 – 193); Толщина корня радужки в прикорнеальной зоне в 250 мкм от склеральной шпоры - 0,188±0,0012 (0,145 – 0,212); Дистанция «трабекула-радужка» от эндотелия роговицы до передней поверхности радужки в 500 мкм от склеральной шпоры было равно - 0; т.е. закрытой; дистанция «трабекула-цилиарные отростки» от эндотелия роговицы через радужку в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,458±0,012 (0,387 - 0,491); Глубина передканизной бухты задней камеры в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,267±0,014 (0,256 – 0,288); Глубина задней камеры (мм) – дистанция от задней поверхности радужки до первого визиалируемого волокна цинновой связки - 0,075±0,013 (0,067 – 0,087). При первичной открытоугольной глаукоме были более близкими с показателями УБМ строения иридоцилиарной зоны глаз у условно взятых здоровых лиц без патологии органа зрения и составляло: глубина передней камеры от эндотелия роговицы до капсулы хрусталика в оптическом центре - 1,89±0,07 мм (1,53 – 1,98); Толщина корня радужки в прикорнеальной зоне в 250 мкм от склеральной шпоры - 0,357±0,014 (0,324 – 0,367); Дистанция «трабекула-радужка» от эндотелия роговицы до передней поверхности радужки в 500 мкм от склеральной шпоры было равно - 0,128±0,006 (0,114- 0,136); ; Дистанция «трабекула-цилиарные отростки» от эндотелия роговицы через радужку в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,794±0,018 (0,783 - 0,819); Глубина передканизной бухты задней камеры в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,723±0,014 (0,712 – 0,748); Глубина задней камеры (мм) – дистанция от задней поверхности радужки до первого визиалируемого волокна цинновой связки - 0,394±0,007 (0, 377 – 0,412).

Таким образом, выявлена резкая разница данных ультразвуковой биомикроскопии строения иридоцилиарной зоны глаз по сравнению с здоровыми лицами без патологии органа зрения, и больными страдающими первичной закрытоугольной и открытоугольной глаукомой.

ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ГЛАЗ ПРИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Рустамбекова Ш. И., Икрамов А. Ф., Икрамов О. А.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности показателей ультразвуковой биомикроскопии иридоцилиарной зоны глаз в норме и при первичной глаукоме.

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов (114) глаз с первичной глаукомой. Контрольную группу составляли 10 человек (20) глаз. Выполнялась ультразвуковая биомикроскопия на аппарате фирмы Humphrey Instrumets (USA), модель 840.

Результаты и обсужсуждение. Представлены данные исследования иридоцилиарной зоны глаз в норме и при первичной глаукоме: данные ультразвуковой биомикроскопии, строения иридоцилиарной зоны глаз у условно взятых здоровых лиц, без патологии органа зрения в наших исследованиях дала следующие результаты: Глубина передней камеры от эндотелия роговицы до капсулы хрусталика в оптическом центре - 2,29±0,06 мм (1,72 – 2,53); Толщина корня радужки в прикорнеальной зоне в 250 мкм от склеральной шпоры - 0,388±0,005 (0,359 – 0,407); Дистация «трабекула-радужка» от эндотелия роговицы до передней поверхности радужки в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,187±0,008 (0,174-0,196); Дистация «трабекула-цилиарные отростки» от эндотелия роговицы через радужку в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,892±0,004 (0,873 - 0,914); Глубина передканизной бухты задней камеры в 500 мкм от склеральной шпоры - 0,878±0,006 (0,865 – 0,886); Глубина задней камеры (мм) – дистанция от задней поверхности радужки до первого визиалируемого волокна цинновой связки - 0,430±0,009 (0, 378 – 0,474).

При первичном открытоугольном глаукоме: глубина передней камеры - 1,89±0,07 мм; толщина корня радужки - 0,357±0,014; дистация «трабекула-радужка» - 0,128±0,006; дистация «трабекула-цилиарные отростки» - 0,794±0,018; глубина передканизной бухты - 0,723±0,014; глубина задней камеры (мм) – 0,394±0,007 .

По результатам проведенных исследований, показатели ультразвуковой биомикроскопии строения иридоцилиарной зоны глаз у здоровых лиц, выходцев из Азии, имеют свои особенности. А при отркрытоугольной глаукоме эти показатели резко меняются.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.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%.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ

Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., ХужамбердиевУ.Э., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить морфологические изменения мочеточника при его частичной обструкции.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование на собаках при помощи латексного баллона-экспандера и растяжение мочеточника после моделирования частичной обструкции. Морфологическому исследованию подверглись мочеточник, лоханка и паренхима почки собак сразу после умерщвления на 85-90 сутки.

Результаты исследования показали, что растяжение частично суженного мочеточника вызывает существенные изменения его стенки. Эти изменения особенно выражены в слизистой оболочке. Они заключаются в повреждении и частичном нарушении целостности эпителиальной выстилки. Однако эпителиальная выстилка на большей части своей протяжённости сохраняет многорядность. Сканирующая электронная микроскопия также показала, что при частичной обструкции мочеточника имеет место нарушение эпителиальной выстилки. В ней появляются глубокие щели. Поверхность эпителиоцитов становится шероховатой. На поверхности эпителиальной выстилки определяются единичные форменные элементы крови и небольшие пряди фибрина. Однако в целом эпителиальная выстилка сохранена.

Обнаруженные морфологические изменения в стенке мочеточника свидетельствуют о поверхностной альтерации переходного эпителия, частичная фрагментация сохранившихся мышечных пучков мышечной оболочки при адаптивной васкуляризации является структурной основой для восстановления нарушенной сократительной способности мочеточника.

Выводы. Метод продольного растяжения мочеточника является эффективным способом для выполнения реконструктивных операций, устраняющих проблему дефицита его длины при частичной его обструкции.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А.,
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Одним из наиболее тяжелых контингентов неотложных урологических больных являются пациенты с острым обструктивным пиелонефритом. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости пиелонефритом и его септическим проявлениям, а также прослеживается тенденция к увеличению количества атипичного, малосимптомного течения острых гнойных форм пиелонефрита. Тяжесть клинических проявлений зависит от вида, локализации, выраженности и длительности существования обструкции, развития воспалительного процесса в почечной паренхиме, иммунного статуса организма и тяжести сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, хронический гепатит и др.). Гнойные формы пиелонефрита развиваются у 10-20 % больных с острым пиелонефритом.

Цель исследования. Оптимизация малоинвазивных технологий при обструктивном пиелонефрите.

Материалы и методы исследования. В урологическом отделении на лечении с острым пиелонефритом находилось 110 больных, из них женщин 68 ,мужчин 42.

Результаты исследования. У 58 пациентов наблюдался острый обструктивный пиелонефрит, из этих больных женщины составляли 35 , мужчины 23. После установления наличия обструкции (анамнез, объективные данные, лабораторные методы обследования, ультразвуковое сканирование, по показаниям радионуклидные и рентгенологические методы обследования все больные (58) были подвергнуты срочному оперативному вмешательству - Перкутанная нефростомия. В результате этого снизилась температура , общее состоянияе улучшилось, исчезли боли в области поясницы . В анамнезах крови; уменьшились показатели лейкоцитов и СОЭ, в анализах мочи снизилась лейкоцитурия и бактериурия . Наряду с этим больным была назначена соответствующая антибактериальная терапия,инфузии.Своевременное малоинвазивное оперативное вмешательство помогло достичь улучшениесостояния больных в первые часы поступления в стационар.

Выводы. Большинство больных, поступающих в клинику с острым обструктивным пиелонефритом, с применением малоинвазивных оперативных вмешательств, с удовлетворительными результатами могут быть оперированы через 6 - 12 часов с момента поступления.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А.
Кафедра хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Ретроспективный анализ лечения больных с уратным литиазом.

Материалы 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%.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Юсупалиева Г.М.
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 отделение 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 1 группы и у 2 больных 2 группы сохранялся болевой синдром в виде тянущих болей над лоном, периодически иррадиирущих 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 емкостей 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.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Садикова Д.И., Усманова Ф.Т., 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 гипоэстрогении 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.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Садикова И.Я.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Достаточно серьезной проблемой для практических врачей-стоматологов является эффективная диагностика скрытых кариозных поражений контактных поверхностей и фиссур жевательных зубов. Трудности диагностики кариеса в области фиссур и контактных поверхностей жевательных зубов связаны с современными особенностями клинического течения кариозных поражений. Для них характерно преобладание бессимптомных форм, даже при достаточно большом объеме полостей. При этом, несмотря на то, что разработано множество методов диагностики скрытых кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов, их информативность и доступность не позволяют считать данную проблему решенной.

Одним из ключевых моментов, обеспечивающих успешное лечение кариеса, длительный эстетический и медицинский результат лечения является квалифицированное и адекватное препарирование полости. Однако это в значительной степени затрудняется отсутствием единых подходов к препарированию твердых тканей зубов, что приводит к технологическим и медицинским ошибкам, нерациональному и неэффективному использованию боров, ухудшению отдаленных результатов лечения.

Современные методики и технологии восстановления контактных поверхностей жевательных зубов светоотверждаемыми композитными материалами предусматривают обязательное использование матриц,

межзубных клиньев и фиксирующих приспособлений, а также инструментов для наложения и снятия матриц и фиксирующих устройств.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения кариеса контактных поверхностей моляров и премоляров методом прямой эстетической реставрации светоотверждаемыми композитными материалами за счет оптимизации диагностических подходов и совершенствования техники восстановления анатомической формы зубов и контактного пункта.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 67 пациентов, у которых был диагностирован кариес жевательных зубов, для выполнения поставленной перед нами задачи.

Результаты исследования. Методики, применяемые в практической стоматологии при лечении кариеса и восстановлении композитными материалами контактных поверхностей жевательных зубов, являются недостаточно эффективными: клиническим требованиям в той или иной степени, не удовлетворяло 95,2±0,88% исследованных реставраций в полостях 2 класса по Блеку ($p<0,05$). При этом уже в течение первого года «службы» дефекты выявлены у 84,0±7,3% реставраций, а у реставраций имеющих «возраст» двух лет и более - 97,4±1,47%. Не имели дефектов восстановления контактного пункта и апроксимальных поверхностей зубов 13,9±1,43% исследованных реставраций, при этом в 90,2±1,55% ($p<0,05$) наблюдений выявлена взаимосвязь некачественного восстановления контактных поверхностей и развития кариозного поражения в области придесневой стенки полости.

Согласно данным опроса-анкетирования 559 врачей-стоматологов, ведущих терапевтический прием, наибольшие трудности в практической работе у них вызывают диагностика кариеса контактных поверхностей» (39,4±2,07% респондентов) и восстановление плотного контактного пункта (64,9±2,02%). При этом лишь 22,9± 1,77% опрошенных указали, что используют специальные методики и инструменты, предназначенные для создания плотного контактного пункта и формирования оптимальной конфигурации контактных поверхностей жевательных зубов.

При выявлении скрытых кариозных поражений контактных поверхностей жевательных зубов диагностическая ценность опроса пациента составляет 15,0±2,94%, визуально-инструментального исследования с применением оптического увеличения - 49,7±4,12%, метода «шелковой нити» -25,2±3,59%, рентгенодиагностики - 69,9±3,40%, трансиллюминации -56,0±3,57%, лазерной флуометрии - 83,9±2,64%, цифровой оптоволоконной трансиллюминации - 95,6± 1,63%. Лечебно-диагностическое препарирование, проводимое при наличии медицинских показаний по разработанной нами методике, позволяет объективно, со 100%-ной достоверностью, выявлять наличие или отсутствие «скрытого» кариозного поражения контактных поверхностей жевательных зубов.

Согласно результатам лабораторного исследования, многовекторная активная методика при пломбировании светоотверждаемыми композитными материалами полостей 2 класса по Блеку является наиболее эффективным способом обеспечения качественной поверхностной структуры композита на контактной поверхности пломбы и гомогенной внутренней структуры материала.

Сравнение качественных показателей композитных реставраций, изготовленных с применением различных методик и технологий, свидетельствует о достоверно ($p<0,05$) более высокой клинической эффективности многовекторной активной методики по сравнению с использованием традиционных методик и технологий реставрации постоянных зубов при полостях 2 класса по Блеку. Согласно данным клинического исследования, при использовании многовекторной активной методики, предъявляемым клиническим требованиям в сроки наблюдения до 1 года соответствовали 92,5±1,40% реставраций, до 2-х лет - 66,5±2,50%, а в сроки наблюдения более двух лет -54,9±2,64% реставраций, причем снижение клинических оценок в основном было связано с наличием легкоустранимых дефектов, требующих лишь незначительной коррекции реставрации.

Вывод. Использование в практической стоматологии разработанного в процессе проведения исследования метода лечебно-диагностического препарирования позволяет повысить качество диагностики скрытых кариозных поражений контактных поверхностей моляров и премоляров, определить глубину и локализацию дефекта эмали и дентина, визуально и инструментально оценивать в процессе проведения лечения состояние контактных поверхностей соседних зубов.

Применение в клинических условиях многовекторной активной методики восстановления контактного пункта и апроксимальных поверхностей жевательных зубов при пломбировании кариозных полостей 2 класса по Блеку светоотверждаемыми композитными материалами позволяет эффективно восстановить анатомическую форму коронок зубов и контактного пункта, повысить эффективность лечения кариеса, качественные характеристики и «сроки службы» композитных реставраций.

Внедрение в практическую стоматологию разработанных в процессе исследования наборов боров и абразивных инструментов для использования при эстетической реставрации зубов композитами, инструментов для проведения многовекторной активной методики восстановления контактного пункта, контакт-адаптеров и адаптеров матриц оригинальной конструкции позволяет повысить эргономичность и эффективность врачебных манипуляций при лечении кариеса контактных поверхностей моляров и премоляров, значительно расширить возможности клинического применения технологии объемного пломбирования кариозных полостей данной локализации.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА

Садикова И.Я.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большие достижения в данной области стоматологии, проблема профилактики, диагностики и лечения пациентов с болезнями пародонта остается актуальной. Напрямую это связано с отсутствием четко организованной системы оказания им первичной медико-санитарной и специализированной помощи и пробелами в подготовке кадров, которые эту помощь. Это обусловливает ситуацию, при которой невозможно оказание лечебной помощи всем нуждающимся.

В соответствии с имеющейся нормативной правовой базой манипуляции, связанные с диагностикой и лечением болезней пародонта, в том числе хирургические, могут выполнять врачи-стоматологи-терапевты.

Цель исследования. Повышение эффективности стоматологической помощи пациентам с болезнями пародонта путем разработки алгоритмов врачебных действий как основы Клинических рекомендаций.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 98 пациентов, обратившихся на кафедру Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний АГМИ с подтвержденным или впервые диагностированным гингивитом или пародонтитом.

Результаты исследования. Эффективность используемых методов лечения пациентов с болезнями пародонта недостаточная, у 72,4 % выявлен пародонтит тяжелой степени, у 51 % патология пародонта выявлена впервые, при том, что 21,4 % из них ранее посещали врача-стоматолога по поводу лечения кариеса и других стоматологических заболеваний, 16,3 % была проведена профессиональная гигиена гигиенистами стоматологическими, 13,3 % не получали стоматологического лечения.

Нехирургическое лечение пародонтита, заключающееся в инструментальной обработке корня зуба, имеет высокую эффективность по клиническим показателям. Средняя глубина пародонтальных карманов после нехирургического лечения через 1,5 и 6 месяцев составила 3,0 мм против 5,2 мм до лечения (p=0,383, p=0,409), потеря пародонтального прикрепления через 1,5 месяца уменьшилась на 1,2 мм, а через 6 месяцев на 0,2 мм. Индекс Мюллемана уменьшился на 1,8 и составил 0,2 через 1,5 и 6 месяцев (p=0,411, p=0,512).

Поддерживающая пародонтологическая терапия, осуществляемая каждые 3 месяца, способствует длительной и стойкой ремиссии заболевания, как после нехирургического лечения, так и после открытого юоретажа и лоскутных операций. Средняя глубина пародонтальных карманов через 12 и 18 месяцев составляла 3,0 мм в обеих группах (p=0,273, p=0,292), потеря пародонтального прикрепления уменьшилась на 1,5 и 1,7 мм соответственно (p=0,231, 0,223). Снижение показателей индекса Силнесс-Лоэ произошло с 2,7 (до лечения) до 0,5 в процессе лечения и сохранялось на этом уровне в сроки до 18 месяцев (p=0,870).

Разработанные алгоритмы врачебных манипуляций диагностики и лечения болезней пародонта и критерии контроля качества их проведения позволяют снизить использование хирургических вмешательств для санации пародонтальных карманов до 10 %, тем самым повысить доступность пародонтологической помощи для пациентов путем курации врачами-стоматологами, не имеющими специализированной пародонтологической подготовки.

Разработанные нами и утвержденные Стоматологической Ассоциацией России Клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию стоматологической помощи при болезнях пародонта («Гингивит», «Острый некротический язвенный гингивит Венсана», «Острый и хронический пародонтит») способствуют систематизации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, алгоритмов действий врача-стоматолога и обеспечивают высокое качество медицинской помощи, в том числе в рамках бюджетно-страхового финансирования.

Разработанные нами и изданные в виде методических рекомендаций шаблоны заполнения медицинской карты стоматологического больного при болезнях пародонта обеспечивают преемственность при стоматологическом лечении и способствуют юридической защите врача и пациента.

Вывод. Совокупность результатов исследования и научных положений способствует повышению качества стоматологической помощи пациентам с болезнями пародонта.

Внедрение методов профилактики, ранней диагностики и своевременного лечения болезней пародонта на основе Клинических рекомендаций (протоколов лечения) позволяет предупредить тяжелые формы поражения тканей пародонта, снизить затраты, связанные с их лечением и реабилитацией.

Подробное заполнение медицинских карт стоматологического больного в соответствии с предложенными шаблонами обеспечивает юридическую защиту врача и пациента.

ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО АНЕСТЕЗИОЛОГО-ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Садикова М.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: разработка интегральной концепции прогнозирования острых неврологических осложнений у пациентов высокого анестезиолого-операционного риска.

Материал и методы: клинические наблюдения проведены у 47 больных, находившихся на лечении реаниматологии и экстренной хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП, из них 31 (66%) мужчина и 16 (34%) женщин. По ASA тяжесть соматического состояния у больных составляла III балла. Всем больным проведены клинико-биохимические, инструментальные (ЭхоЭС, ЭЭГ, ЭКГ) исследования.

Результаты: послеоперационные осложнения возникли у 29 (83%) больных, в том числе при торакальных операциях у 26 (55,3%), при абдоминальных – у 13 (27,7%). Все больные были прооперированы по поводу острого калькулезного холецистита, кишечной непроходимости, травм органов грудной клетки. Осложнения на послеоперационном этапе у 8 (17%) были представлены кардиореспираторными нарушениями (одышка, тахикардия). Все нарушения связаны с поздним обращением за медицинской помощью, пожилым возрастом больных. Наибольший интерес представляют нарушения кровообращения в центральной нервной системе и возможность и прогнозирования. Нарушения церебральной гемодинамики в послеоперационном периоде наблюдались у 17 (36,2%) больных. Изменения лабораторных данных у 7 (14,9%) больных также свидетельствовали о тяжелых полиорганных нарушениях. В неврологическом статусе у 11 (23,4%) больных преобладала общемозговая симптоматика, а у 3 (6,4%) – угнетение сознания до оглушенности, нарушения психики отмечались у 5 (10,6%). Расстройства настроения в виде раздражительности или апатического состояния имели место у 19 (40,4%).

Таким образом, развитие послеоперационных неврологических осложнений объясняется частотой вторичных цереброваскулярных нарушений, состоянием соматического статуса, которое необходимо учитывать при выборе метода оперативного вмешательства.

Выводы: Организация активного клинического наблюдения и преемственность между реанимационным и хирургическим отделением являются высокоэффективными методами улучшения результатов оперативного лечения. Уточнение и расширение показаний к профилактике – основной путь снижения числа осложнений и улучшения непосредственных результатов профилактического лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Садикова М.А., Маматкулова Н.Ж
Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Разработка прогнозирования и профилактики гнойно-воспалительных осложнений в раннем посттравматическом периоде остается одной из наиболее актуальных задач лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Осложнения приводят к значительному увеличению сроков пребывания больных в отделениях реанимации, возрастанию летальности.

Цель исследования – прогнозирование и профилактика развития гнойно-воспалительных осложнений тяжелой ЧМТ.

Для достижения цели разработана система прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений, обеспечивающая своевременное применение комплексной терапии. Параллельно проводили повторные бактериологические исследования крови и идентификацию выделенного возбудителя.

Исследования проводили на 3 этапах. На 1 этапе проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни тяжелых ЧМТ с целью сопоставления течения острого периода и установленных прогностических критериев. Выделены 3 группы больных.

Первую прогностическую группу больные (характерны тяжелая ЧМТ и длительная гипоксия). Прогноз наиболее неблогоприятный.

Во вторую прогностическую группу (прогноз сомнительный) было включено 28 больных, частота развития осложнений составила 67%, летальность 38%.

К 3 прогностической группе (прогноз благоприятный) было отнесено 20 больных с тяжелой ЧМТ, не сопровождающейся выраженной иммунодепрессией и длительной гипоксией. Осложнения развились у 10% больных, летальных исходов не было.

На 2этапе Исследования была сформирована консультативная система с помощью персонального компьютера.

На 3этапе исследования у 79 больных с тяжелой ЧМТ применяли иммунокорригирующую терапию с помощью вышеописанной системы. Отмечена положительная динамика показателей неспецифического иммунитета у больных, получавших иммунокорригирующую терапию, в сравнении с показателями больных, получавших традиционную интенсивную терапию в раннем посттравматическом периоде.

Иммунокорригирующая терапия позволила добиться более быстрой нормализации показателей неспецифической резистентности.

Таким образом, раннее прогнозирование позволяет своевременно применять комплексное лечение с целью профилактики и снижения частоты гнойно-воспалительных осложнений тяжелой ЧМТ.

ПРОФИЛАКТИК НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИГИГАНТСКИЙ КИСТАХ ПЕЧЕНИИ

Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт

В клинике Андижанского Государственного Медицинского Института с 1999 г. по 2008 г. в 1-хирургическом отделении прооперировано 118 пациентов с гигантскими эхинококковыми кистами. Мужчин было 46 (39%), женщин 72 (61%). По возрасту больные распределены следующим образом: до 21 года-25(21%), до 31-31(26,2%), до 41-26(34,7%), до 51-21(17,7%), до 61-10(8,4%), старше 61-5(4,2%) пациентов. Жителей сельской местности било 106(89,8%) Городских жителей - 12(10,2%) .

Заболевание в 17(4,4%) случаев выявлено при прохождении профосмотров, в – 101(85,6%) наблюдений больные целенаправленно обратились в стационар с жалобами на боли различного характера отмеченых у 96 (81,3%) пациентов, чувство тяжести в правом подреберье в 101 (85,6%) случаев, увеличения объема живота -89(75,4%), диспептические явления в 78(66,1%) наблюдениях. Гипертермия выявлена у 32(27,2%) пациентов что было связано с перифокальным воспалением или нагноением кисты.

Диагностика не вызывала особое затруднение, во всех случаях основным методом диагностики являлось УЗИ органов брюшной полости. Оперативному лечению подвергнуты все пациенты, произведено 118 операций. Ликвидация остаточной полости проводилась в большинстве случаев 78 (66,1 %) по методике А.А.Вишневского в модификации нашего отделения –края фиброзной капсулы не иссекались, а путем наложения выворачивающих швов фиксировались к глисоновой капсуле печени. После санации ложа эхиннаккоковой кисты производились дренирование капитанаж, или частичная ликвидация полости по Боброву или Дельбе. Во время операции у 78 больных (66,1%) в круглой связке печени оставлялся микроирригатор для лимфостической терапии. В контрольной группе юольных отмечались такие осложнения как нагноение остаточной полости или раны, наличие желчных свищей, в основной же группе отмечалось значительное снижение частоты желчных свищей, отсутствовало нагноение остаточной полости и раны.

Методика лимфатической терапии: в качестве лимфостимулятора вводились гепарин 2500-5000 ед, лазикс от 0,5 до 1,0 мл., иммуномодулятор и антибиотики вводились по показаниям, каждый препарат разводится в 3,0 мл 0,5 % раствора новокаина. Данная процедура проводится 1-2 раза в сутки в течении 5-7 дней.

Таким образом опыт применения комплексной послеоперационной терапии включая и лимфатическую, показал что она не только уменьшает отделяемое из ложа в послеоперационном периоде но и является эффективным средством профилактики нагноительных процессов. Тем самым, сокращая сроки пребывания больного в стационаре, уменьшает расход медикаментозных средств и сокращает сроки временной нетрудоспособности. Метод технически прост, безопасен, лишен побочных осложнений и рекомендуется для использования в клинической хирургии.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА (в примере язвенной болезни)

Саидходжаева Д.Г., Мамасолиев Н.С., Атаханов А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель исследования – изучение хирургических аспектов профилактики язвенной болезни желудка(ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у популяции подростков и юношей Андижана.

Материалы и методы: изучены данные 395 больных язвеной болезнью (ЯБ) в подростковом и юношеском возрасте, находившихся в хирургических клиниках Андижана и 2852лиц, отобранные популяционным путём. Применялись эпидемиологические, клинические и инструментальные методы диагностики ЯБ.

Результаты и выводы: Утверждено, что для профилактирования грозных осложнений ЯБ у подростков и юношей большое значение играет выбор оптимального варианта хирургических способов лечения при ЯБЖ и ЯБДПК. Показано, что эффективность любого прфилактического оперативного вмешательства должно оцениваться с позицией непосредственных и отдаленных результатов. По нашим данным в условиях Андижана первичная резекция желудка у подростков и юношей произведена у 5,4% больных, из них по способу Бильрот I у 4,9% и по Бильрот II 5,9%. Такая радикальная операция в прошлом применялась, в ограниченных случаях, т.е. тогда, когда язва пенетрируется в поджелудочную железу или при наличии рубцового стеноза привратника. Мы считнем такую тактику вынужденным у подростков или юношей, и его следует производит только в тех случаях, когда нет условий для создания анастомоза с двенадцатиперстной кишкой.

Мы, по нашим результатом, считаем, что лечение подростковой или юношеской язвы должно быть консервативным, только осложненные ее формы подлежать хирургическому лечению. Наши результаты свидетельствуют, что среди радикальных операций лучшие результаты дают экономная резекция желудка в модификации по способу Бильрот I и II при язвенной болезни с локализацией язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке. Хирургическое лечение пенетрирующих гастродуоденальных язв по возможности должно осуществляться до возникновения кровотечения в плановом порядке. Язвы диаметром 1 – 1,5 см и более должны быть подвержены профилактическому хирургическому лечению в плановом порядке если они сочетаются признаками высокого риска осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОЖОГОВЫХ РАН

Салахиддинов К.З., Алексеев А.А, Салахиддинова М., Михайлевич И.Е
Кафедра госпитальной и факультетской хирургии АГМИ, г.Андижан
Кафедра термических поражений ран и раневых инфекций РМАПО г. Москва

Эффективность профилактики и лечения инфекции во многом зависит от адекватности местного лечения обожженых. Улучшение контроля над инфекцией во многом связано с применением местных и общих противомикробных средств. Имеются данные, в которых рассматриваются топические агенты, способные предотвратить или вылечить инфекцию ожоговых ран: сульфадиазин серебра, сульфадиазин серебра с добавлением нитрата церия, нитрат серебра, повидон-йодная мазь, сульфамилон, сульфат гентамицина, хлоргексидин и нитрофуразон мази на водорастворимой основе – левосин, левомеколь, диоксиколь, диоксидиновая и йодопироновая [14], предлагается множество новых антибактериальных препаратов. Широко применяемые антибиотики порою не всегда могут эффективно бороться с инфекционной агрессией в связи с коротким сохранением терапевтической концентрации в регионе патологии.

Учитывая вышеизложенное, нами была предпринята разработка новой методики - региональная лимфатическая антибиотикотерапия (РЛАТ) в комплексном лечении и профилактике раневых инфекций, позволяющая непосредственно локально воздействовать на патологический очаг с более длительным сохранением терапевтических концентраций антибиотиков, снижением интерстициального отека.

Материалы и методы. Больные были разделены на две группы. В основную группу вошли 12 больных (7 женщин, 5 мужчин) с ожоговыми ранами, в комплекс лечебных мероприятий которым была включена РЛАТ и группа контроля - 15 больных (9 женщин, 6 мужчин) которые получали традиционное лечение.

РЛАТ применяли для лечения ожогов II–IIIA степени на площади 5–15% поверхности тела (в среднем – 13,1±1,8%). Лечение начинали на 3–8-е сутки после травмы (в среднем – 5,8±0,25 сут.), продолжительность лечения составляла от 3 до 7 суток.

Методика РЛАТ была таковой:

Тонкой иглой прокалывается кожа и в подкожную клетчатку в межпальцевой промежуток вводится раствор Гепарина 5,000 ед. в 3,0 мл. 0,25% Новокаина (иглу не вынимают), через туже иглу вводится раствор Фуросемида 40 мг. на 3,0 мл. 0,25% Новокаина, далее вводится по показанию разовая доза антибиотика, в нашем случае мы использовали Гентамицин в дозе 80 мг., после чего игла извлекается. Манипуляция производится 1 раз в сутки, в течении 5-7 дней.

Эффективность методики оценивали на основе клинических, цитологических и микробиологических исследований.

Клиническую оценку результатов лечения проводили на основе визуального контроля за течением раневого процесса, количества и характера отделяемого, сроков эпителизации с начала лечения.

Цитологическое исследование ран проводили, используя препараты-отпечатки с поверхности. Различали следующие типы цитограмм: дегенеративно-воспалительный, воспалительный, воспалительно-регенераторный, регенераторный, регенераторно-воспалительный, регенераторно-воспалительный с аутоиммунным компонентом, эритроцитарный, эритроцитарно-нейтрофильный.

Микробиологическое исследование проводили путем определения видового состава микрофлоры и количественного содержания микроорганизмов на 1 см^2 поверхности ран методом салфеток по J.Brentano (1967 г.). Забор материала у больных основной и контрольной групп осуществлялся во время перевязок, в динамике.

Для определения уровня обсемененности ран на их поверхность накладывали на 1 мин. стерильную марлевую салфетку, предварительно смоченную физиологическим раствором. В лаборатории из полученной микробной взвеси производили 10-, 100-, 1000-кратное разведение в стерильном физиологическом растворе. Каждое разведение засевали на чашке Петри с питательной средой. В последующем на чашках со всеми разведениями производили подсчет колоний в пересчете на 1 см^2.

Параллельно с количественным исследованием материал засевали на 5% кровяную среду, желточно-солевой агар и среду Эндо для изучения качественного состава микрофлоры ран.

У больных в динамике на фоне применения РЛАТ изучали изменения основных клинико-лабораторных показателей (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови).

Результаты исследования. До начала лечения у исследуемых больных наблюдали пузыри с мутным гнойным содержимым, после удаления пузырей и обрывков отслоенного эпидермиса, раны представляли собой влажную поверхность розового или белесоватого цвета с налетом фибрина или гнойным отделяемым. Имелось перифокальное воспаление окружающих здоровых тканей, отеки.

На фоне комплексного лечения РЛАТ у 10 больных уже к 4-м суткам влажная поверхность перешла в сухой тонкий струп, под которым отмечалась эпителизация ожоговых ран. При этом у 3 больных группы сравнения также образовался тонкий сухой струп, под которым происходила эпителизация. Сроки эпителизации в обеих группах составили 12–20 суток после травмы. У 1 больного основной и 3 больных контрольной группы отмечено нагноение тонкого струпа на 6–14-е сутки после травмы, что потребовало продолжения лечения с использованием системной антибактериальной терапии. В основной группе уже в ранние сроки отмечалось выраженное снижение отека и перифокального воспаления. Заметно уменьшилось раневое отделяемое, способствуя снижению потери организмом белков и электролитов.

При глубоких поражениях была выполнена аутодермопластика в оптимальные сроки. После операции лизиса аутолоскутов не выявлено.

Микробиологическая оценка

До начала лечения из ожоговых ран у больных контрольной группы выделялись микроорганизмы: в 35 % случаев штаммы *P. aeruginasa*, в 15 % *S. aureus*, в 15 % *S. epidermidis* и в 17 % *Acinetobacter spp.* В группе сравнения – *P. aeruginasa* в 20 % случаев, *S. aureus* – в 30 %, *S. epidermidis* – в 15%, *Acinetobacter spp.* – в 10%. Через сутки после начала лечения у больных контрольной группы сохранялась прежняя микрофлора, при этом микробная обсемененность не изменилась, а у 2 больных даже увеличилась. В основной группе микробная обсемененность снизилась с 103,3 до 101,6 КОЕ на 1 см^2 раневой поверхности, уменьшилась высеваемость *P. aeruginasa* и *Acinetobacter spp.* На фоне лечения РЛАТ к 6-м суткам микроорганизмы выделялись только у 3 больных, из них у 2 в монокультуре (*P. aeruginasa* – 1 и *Acinetobacter spp.* – 1), у 1 – в виде двухкомпонентной ассоциации (*P. aeruginasa* и *S. aureus*). При этом отмечалось снижение уровня микробной обсемененности ожоговых ран на фоне лечения с 103,7 до 101,2 КОЕ на 1 см^2 раневой поверхности. В группе сравнения в 2 случаях на фоне лечения к 7-м суткам отмечено выделение микроорганизмов из ожоговых ран. В 1 случае получена двухкомпонентная ассоциация (*S. aureus* с *P. aeruginasa*). Микробная обсемененность ожоговых ран на фоне лечения снижалась с 103,5 до 102,3 КОЕ на 1 см^2 раневой поверхности.

Заключение. Патогенная микробная флора в ранах очень быстро приобретает устойчивость к антибактериальным препаратам, которые являются основным действующим компонентом мазей, гелей и растворов, широко использующихся в клинической практике, что диктует необходимость в использование дополнительных методов воздействия не только местного, но и общего характера. Таковым на наш взгляд является региональная лимфатическая антибиотикотерапия – обладающая способностью длительное время концентрировать антибиотики широкого спектра локально в зоне патологии.

Сравнение результатов применения различных методов профилактики и лечения ожоговой раневой инфекции показало, что применение регионально лимфатической антибиотикотерапии существенно влияет на течение и исход воспалительного процесса в ране, а также на бактериальную обсемененность. РЛАТ снижает частоту осложнений, способствует в более быстрые сроки снижению отека, перифокального воспаления, уменьшает сроки восстановления кожного покрова. Метод легок и прост в применении.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.
Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день накоплен большой опыт применения малоинвазивных эндоскопических вмешательств при кровотечении из ВРВ пищевода, но тем не менее до конца не изучены опасность и возможные осложнения методов, их влияние на появление вторичного варикоза.

В настоящее время для лечения и профилактики кровотечений из (ВРВ) пищевода и желудка при ПГ используют медикаментозные, эндоскопические, эндоваскулярные и хирургические методы гемостаза.

Разнообразие методов лечения подтверждает неудовлетворенность их результатами. Основной целью является поиск малоинвазивных методов, позволяющих лечить и проводить профилактику портальных кровотечений.

Цель исследования – сравнительный анализ результатов лечения больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением в условиях в клинике АГМИ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 195 пациентов с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и портальной гипертензией, находившихся на лечении в в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Основную группу составили 50 пациентов, в лечении которых по экстренным показаниям использовали эндоскопические технологии – лигирование и склеротерапию. У 8 больных проводили сеансы эндоскопической склеротерапии. При этом у данных больных отмечалось ВРВ пищевода I степени. В качестве склерозанта использовали 1 % раствор этоксисклерола.

Техника склеротерапии включала пара- и интравазальное введение склерозанта. У 42 пациентов проводили сочетанное эндоскопическое лечение: первые сеансы были представлены эндоскопическим склерозированием, а последующие, начиная с 2-го и с 3-го – эндоскопическим лигированием. Группу сравнения составили 145 пациентов, которым проводили традиционное лечение, основанное на установке зонда-обтуратора, консервативной терапии и хирургических вмешательств.

При оценке результатов консервативного лечения в группе сравнения без использования эндоскопических технологий выявлена высокая частота развития рецидива кровотечения – 79 (54,5 %) против 9 (18,0 %) в основной группе и случаев летальности – 48 (33,1 %) против 4 (8,0 %) основной группы.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование с использованием эндоскопических вмешательств позволило подтвердить данные литературных источников, утверждающих что:

Ведущим неблагоприятным прогностическим фактором у больных с варикозным кровотечением является рецидив – 75,0 % в основной группе и 40,0 % в группе сравнения.

Эндоскопические методы (ЭЛ и ЭС), выполняемые в экстренном порядке, уменьшают вероятность рецидива кровотечения с 79 (54,5 %) до 9 (18,0 %) и госпитальную летальность с 48 (33,1 %) до 4 (8,0 %).

ЭС и ЭЛ – методы лечения «первой линии» ввиду их малоинвазивности, высоких показателей остановки кровотечения, низкого уровня осложнений и летальности.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.
Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и на поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены и таким образом предупредить риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Другой подход, это использование местной эндоскопической терапии варикозно-расширенных вен с целью профилактики их разрыва.

Цель иссдедования. Усовершенствовать тактику ведения больных с кровотечением из варикозно расширенных вени пищевода.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 44 больных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в отделении хирургии в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Как показали наши наблюдения, принципиально важным является следующее обстоятельство. Если при пищеводно-желудочном кровотечении диагностировано ВРВ пищевода и желудка, то в 95 97% наблюдений источник кровотечения располагается в пределах дистального отдела пищевода или в кардиальном отделе желудка, представляя собой одну или несколько эрозий слизистой оболочки, перфорировавших стенку расширенной вены. Остальные 3 5% приходятся на эрозивно-

язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки или, совсем редко, на изолированное ВРВ проксимального отдела желудка, выявляемое только при сегментарной ВПГ. Поэтому, несмотря на трудности эндоскопического исследования, следует обязательно осмотреть желудок и двенадцатиперстную кишку, хотя диагностическая ценность полученных в таких условиях результатов не всегда бывает достаточной. При обнаружении ВРВ пищевода или желудка исследующий должен дать им оценку согласно приведенным признакам. Обнаружив в желудке небольшое или умеренное количество темных сгустков, без признаков свежей крови, необходимо сделать заключение об остановившемся кровотечении и направить больного в палату хирургического отделения для проведения инфузионной терапии. При ВРВ пищевода или желудка 2 3-й степеней за больным ведут пристальное наблюдение. Обязательным условием является введение пищеводного зонда-обтуратора без раздувания манжеток для контроля содержимого желудка. Если кровотечение не рецидивирует, зонд извлекают через часов и больного подвергают обследованию в плановом порядке для определения дальнейшей лечебной тактики. Если в течение ближайших часов или суток наступает рецидив кровотечения, то зонд-обтуратор вводят вновь. При этом для обеспечения гемостаза в желудочный баллон необходимо ввести до 150 мл воздуха. Затем зонд подтягивают до упругого сопротивления и плотно фиксируют полосками лейкопластыря к верхней губе и обеим щекам.

Вывод. В заключение следует подчеркнуть, что своевременная диагностика ВРВ пищевода и желудка, их эндоскопическая оценка, с учетом функции печени, определяет способ остановки кровотечения: в одной клинической ситуации предпочтительнее использовать только эндоскопические методы остановки кровотечения, в другой только оперативные способы гемостаза.

ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.
Кафедра общей хирургии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является наиболее грозным осложнением портальной гипертензии. Частота первого эпизода кровотечения в течение года после постановки диагноза встречается в среднем у 12 % больных ЦП (5 % для малого варикоза и 15 % для большого).

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась разработка и внедрение в клинику способа проксимальной резекции желудка для улучшения результатов профилактики и лечения кровотечений из варикознорасширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены материалы наблюдений за 21 больным варикозным расширением вен пищевода и желудка. У 12 (57,14 %) пациентов отмечен синдром внутрипеченочной ПГ с имевшимися в анамнезе пищеводно-желудочными кровотечениями или ранее выполненными операциями азигопортального разобщения.

Результаты исследования. У остальных 7 (33,33 %) пациентов варикозное расширение вен желудка было связано с внепеченочной ПГ и обусловлено тромбозом или аномалиями развития воротной вены. У 2 (9,52 %) диагностирована смешанная форма ПГ. Возраст пациентов составлял от 29 до 64 лет (в среднем 48,3 ± 7,6 года). Мужчин было 8 (38,10 %), женщин — 13 (61,90 %).

В анамнезе у всех пациентов имелись от двух до пяти эпизодов кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка. У 2 (9,5 %) пациентов операция выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением из расширенных вен пищевода и желудка и отсутствием эффекта от консервативной гемостатической терапии. Еще 2 (9,5 %) пациента были оперированы в срочном порядке в связи с высоким риском рецидива кровотечения. У 17 (81,0 %) пациентов операции выполнены после остановки кровотечения, плановой подготовки в условиях гастроэнтерологического отделения. Двенадцать (57,1 %) пациентов были ранее оперированы по поводу пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно-расширенных вен: трем была выполнена спленэктомия, двум — операция Таннера и семи — операция Пациора.

В соответствии с критериями Child-Pugh функциональное состояние печени у 10 (47,6 %) пациентов с внутрипеченочной ПГ было компенсированным (группа А), у 4 (19,0 %) — субкомпенси-рованным (группа В). Печеночная энцефалопатия в субклинической стадии определена у 5 (23,8 %) пациентов.

Разработка и внедрение в клинику проксимальной резекции желудка с пластикой кардии была обусловлена необходимостью радикального устранения источника кровотечения и достижения при этом хороших функциональных результатов, исключения осложнений и неблагоприятных последствий хирургического вмешательства, а также исключения из патогенеза геморрагии значимых факторов в виде недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита.

Выводы. Таким образом, моделирование искусственной кардии, индивидуальный выбор объема резекции желудка и функциональная состоятельность гастродуоденального комплекса обусловили

отсутствие пострезекционных осложнений, тяжелой агастральной астении и выраженной хронической анемии, а у 7 пациентов масса тела увеличилась на 3—12 кг. Мы считаем, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника. У пациентов отсутствовали рецидивы пищеводно-желудочного кровотечения, повысилось качество жизни.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Усминов Бахтиёр Аробиддин ўғли
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель. На основании литературных и собственных данных оптимизировать условия оказания стоматологической помощи пациентов с сопутствующей соматической патологией.

Материалы и методы. Проанализированы особенности стоматологического лечения 31 пациента, в том числе десяти человек с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, двенадцати – опорно-двигательного аппарата и девяти – с патологией дыхательной системы.

Результаты. Стоматологическая помощь обычно оказывается в положении «лежа». Однако в таком положении не рекомендуется лечить пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и дыхательной системы. Так, у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в результате стресса повышается секреция адреналина, что может спровоцировать гипертонический криз. При наличии у пациента хронической сердечно-сосудистой недостаточности при длительном горизонтальном положении может возникнуть обострение гипертонической болезни. У пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличивается риск развития ортостатического коллапса, при приёме сердечных гликозидов существует риск возникновения аритмии. При лечении таких пациентов мы предотвращали длительное ожидание приёма, уделяли внимание психоэмоциональной коррекции состояния пациента. Убеждались в том, что пациент перед приёмом принял препараты, назначенные лечащим врачом для коррекции соматической патологии. Прием проводили в положении пациента «полулежа» в кресле, медленно поднимали пациента после приёма, сокращали время приема и увеличивали количество посещений. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи десяти пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Неудобное положение головы при наличии у пациента остеохондроза шейного отдела позвоночника может привести к обострению гипертонической болезни. Кроме того, пациенты с остеохондрозом шейного отдела позвоночника могут потерять сознание при запрокидывании головы вследствие пережатия позвоночных артерий. У пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом в положении лёжа происходит застой в легких, что вызывает усиление одышки и возникновение кашля. В связи с этим пациентам, страдающим заболеваниями дыхательной системы, следует принять препараты, назначенные пульмонологом, а при необходимости провести премедикацию успокаивающими средствами и бронхолитиками. При затруднении носового дыхания, обусловленного отеком слизистой, рекомендуется закапывать в нос капли с адреномиметиком, назначенные врачом-отоларингологом. Таким пациентам перед приёмом предлагали стакан теплой воды, чтобы избежать возникновения сухости в полости рта, а в процессе лечения в профилактических целях орошали водой полость рта. Также затруднение носового дыхания является противопоказанием к применению коффердама в клинической практике врача-стоматолога. Соблюдение этих условий позволило избежать нежелательных реакций при оказании стоматологической помощи девяти пациентам с сопутствующей патологией дыхательной системы.

Выводы. Для успешного оказания стоматологической помощи пациенты с сопутствующей соматической патологией перед приемом должны принять препараты, назначенные лечащим врачом. Врачу-стоматологу следует обеспечить пациенту с сопутствующей соматической патологией непродолжительное время ожидания и коррекцию психоэмоционального состояния, сокращать время приема и увеличивать количество посещений.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Усминов Бахтиёр Аробиддин ўғли
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

В профилактике возникновения, рецидивирования и успешного лечения основных стоматологических заболеваний важную роль играет качественно выполняемая индивидуальная гигиена

полости рта. Поэтому в государственных и муниципальных стоматологических лечебно-профилактических учреждениях, а также частных клинках и кабинетах врачи-стоматологи стали больше внимания уделять санитарно-просветительной работе, наряду с выполнением мероприятий профессиональной гигиены полости рта (ПГПР), что важно для закрепления результатов стоматологической реабилитации пациентов любого возраста. В литературе появилось понятие о безупречной гигиене полости рта. Поэтому для организации и выполнения ПГПР, а также санитарно-просветительной работы
необходимо иметь представление о мотивации, знаниях и умении ухаживать за полостью рта у лиц, находящихся у врачей-стоматологов под динамическим наблюдением. Эти вопросы у аттестованных сотрудников органов внутренних дел до настоящего времени не изучались.

Цель работы – изучить мотивацию, дать оценку знаниям и навыкам по уходу за полостью рта у аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Андижану и Андижанской области

Материал и методы исследования. Мотивация, знания и навыки по индивидуальному уходу за полостью рта были изучены у 330 аттестованных сотрудников органов внутренних дел по Андижану и Андижанской области в возрасте от 19 до 57 лет, которые с учётом возраста были разделены на 2 группы исследования: 1) 190 чел. молодого (19–39 лет) и 2) 140 чел. среднего (40–57 лет) возраста.

Результаты исследования. Установлено, что индивидуальную гигиену полости рта осуществляют регулярно 57,92 %, при этом не менее 2 раз в сутки уход за зубами и полостью рта осуществляют 76,67 % из обследованных. Необходимые и достаточные знания по методике и средствам для индивидуального ухода за полостью рта имеют 44,16 %, а надлежащие мануальные навыки по уходу за полостью рта из них лишь 10,62 %, что свидетельствует о Международная научно-практическая конференция, посвященная 50-летию основания стоматологического факультета МГМИ РФ. Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма необходимости проведения с ними занятий по правилам ухода за полостью рта в рамках проводимой диспансеризации и санации полости рта.

Заключение. Для повышения эффективности и качества санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел на базе стоматологических отделений ведомственных амбулаторных лечебно-профилактических учреждений необходимо создание кабинетов стоматологической профилактики со своим штатом, включающим ставки гигиениста стоматологического со средним медицинским образованием, количество которых должно определяться числом прикреплённого контингента. При проведении плановой санации полости рта аттестованным сотрудникам органов внутренних дел врачи-стоматологи (при отсутствии кабинета стоматологической профилактики) должны давать рекомендации и разъяснения по правилам и технике чистки зубов, методике ухода за полостью рта, в том числе тканями пародонта, а также по выбору средств для индивидуальной гигиены полости рта.

ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Саттаров А.Н., Садикова Д.И., Адашев А.И., Туланов С.Ш.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов перкутанной нефролитотрипсии на спине и на животе.

Материал и методы исследования. Больные были распределены в 2 группы: I - 37 больных, которым ПНЛ выполнялась в положении на животе; II - 35 больных, оперированных в полубоковом положении (на спине). В исследование включали пациентов с одним или несколькими камнями лоханки размерами более 2,5 см, требующими создания только одного перкутанного доступа, с ИМТ менее 30 кг/м^2 и отсутствием противопоказаний к выполнению ПНЛ в положении на животе. Пациенты были разделены по полу, возрасту, ИМТ, по размеру камня и по положению на операционном столе. В I группе средний диаметр камня составил 3,2 см (от 2,5 до 4,8 см), во II группе - 3,0 см (от 2,7 до 4,5 см). Между двумя группами пациентов проводился сравнительный анализ таких параметров как операционное время (от начала катетеризации мочеточника до установки нефростомического дренажа), объем кровопотери, сроки госпитализации и количество интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты исследования. Среднее время операции на животе составил в среднем 68 мин (55 - 140) и на спине 43 мин (25 - 120). Объем кровопотери при ПНЛ на животе в среднем был 246 мл, на животе 230 мл, а среднее время госпитализации 4,7 и 4,6 соответственно. Эффективность ПНЛ на животе составил 91,8% и на спине 91,4%, а количество осложнений 13,5% и 14,2% соответственно. Между двумя сравниваемыми группами статистически достоверной разницы по эффективности ПНЛ, объему кровопотери и срокам госпитализации не получено. Достоверная разница наблюдалась только в длительности операции. Кровотечения, требующего переливания крови, и травм соседних органов не было. Во время ПНЛ на спине внутрилоханочное давление сравнительно ниже, чем при операции на животе. У больных с коралловидными камнями выполнение ПНЛ на спине технически сложнее, что связано с невозможностью межреберной пункции ЧЛС почки через средние и верхние группы чашечек,

ограниченностью инструментальных манипуляций в данном положении. Во всех случаях выполнялась ПНЛ по поводу крупного камня верхней чашки доступом в X межреберье. Поэтому при планировании межреберного чрескожного доступа необходимо наряду с почками выполнить МСКТ нижних отделов грудной клетки, что позволяет на томограммах в боковой проекции установить границы плевральной полости и выбрать зону безопасной пункции ЧЛС почки.

Выводы. Достоверной разницы между количеством осложнений перктунной нефролитотрипсии в различных положениях нами не получено. Эффективность перкутанной нефролитотрипсии в обеих группах была практически одинаковой.

ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ У СКОРОПОСТИЖНО УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сиддиков К.М., Наумонов М.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Практическая значимость работы заключается в том, что установленные качественные и количественные морфологические изменения щитовидной железы в результате ее функционально-структурной перестройки при смерти от комбинированного действия токсико-термических факторов и смерти от механических повреждений можно использовать в качестве доказательных дополнительных экспертных критериев диагностики данных видов смерти и при-жизненности пребывания в очаге пожара.

Цель исследования. Настоящее исследование имело целью с помощью гистологических и гистохимических методов выявить и изучить признаки функциональной морфологии надпочечников при стенокардии и инфаркте миокарда, в частности выяснить вопрос, зависит ли морфология надпочечников от длительности приступа стенокардии, предшествовавшего наступлению смерти.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило 40 случаев скоропостижной смерти людей обоего пола в возрасте от 35 до 63 лет. У 18 умерших имелся общий атеросклероз с преимущественным поражением венечных сосудов, у 22 — гипертоническая болезнь, причем у 16 из них с сопутствующим атеросклерозом.

Результаты и исследования. Анализ данных анамнеза, амбулаторных карт и историй болезни позволил установить, что наступлению скоропостижной смерти во всех случаях предшествовали тяжелые, часто повторные приступы стенокардии. В зависимости от длительности времени, прошедшего от начала приступов стенокардии до момента смерти, было выделено 4 группы: первая группа включала 16 случаев, в которых смерть наступила в пределах 30 минут от начала приступа; вторая группа — 8 (смерть наступила в пределах 1–3 часов от начала первого приступа); третья группа—10 (смерть наступила в пределах 8–15 часов от начала первого приступа); четвертая группа — 6 (смерть наступила в пределах 4–7 суток от начала первого приступа).

О функциональном состоянии надпочечников судили по структурным изменениям органа, количественным и качественным вариациям липидных включений в клетках коры, острым расстройствам кровообращения, свежим пролиферативным процессам, острым дистрофическим и некробиотическим изменениям.

В первой группе наблюдений надпочечники полнокровны, особенно полнокровны сосуды жировой клетчатки, субкапсулярное венозное сплетение и капилляры сетчатого слоя, где, как правило, наблюдались отек стромы и снижение импрегнационных свойств аргирофильных волокон.

Вторая группа отличается от первой активизацией гиперпласти- ческих процессов, которые наиболее отчетливо выражены в нижних отделах капсулы и зоне клубочков и носят очаговый характер. В этих участках (в 6 из 8 случаев) обнаружены небольшие очаги малодифференцированных мелких клеток коры, тесно прилегавших друг к Другу, с богатыми хроматином ядрами овальной или овально-палочковид- ной формы и узким ободком протоплазмы.

В третьей группе уже на гематоксилин-эозиновых препаратах отмечалось уменьшение содержания липидов, которое выражалось как в значительном снижении прозрачности коры, так и появлении участков паренхимы, состоящих из клеток с более плотной зернистой протоплазмой. Одновременно увеличиваются число и размеры цитолизов,, причем они встречаются не только в пучковой, но и в клубочковой зоне, где нарастают дистрофические и некробиотические изменения.

Четвертая группа наблюдений касается случаев не диагностированного при жизни инфаркта миокарда с длительным (в течение 4–7 дней) ангинозным статусом. Инфаркт миокарда был установлен на вскрытии и подтвержден микроскопически в Области папиллярной мышцы (3 случая), межжелудочковой перегородки (2 случая) и задней стенки левого желудочка (1 случай).

Проведенное исследование показало, что в случаях острой сердечно-сосудистой недостаточности с коротким агональным периодом морфология надпочечников очень динамична и во многом зависит от длительности приступа стенокардии и инфаркта миокарда, непосредственно предшествовавших смерти.

Этот факт, как правило, недооценивается в анализе морфологии надпочечников при той или иной нозологической форме, в том числе при гипертонической болезни и атеросклерозе, что нередко приводит к противоречиям в описании морфологии железы и неправильной трактовке некоторых процессов.

Обнаруженные структурные изменения коры надпочечников, количественные и качественные вариации липидных клеточных включений, острые расстройства кровообращения, свежие пролиферативные процессы, острые дистрофические и некробиотические изменения являются показателями функциональной морфологии и служат доказательством включения надпочечников в адаптационные механизмы при стенокардии и инфаркте миокарда.

Вывод. Динамичность морфологических изменений в надпочечниках прослеженная на примере стенокардии и инфаркта миокарда разной давности, при учете важной роли адаптивных гормонов коры в развитии компенсаторно-приспособительных реакций организма свидетельствует о том, что изучение надпочечников имеет важное судебно^ медицинское значение для решения вопросов танатогенеза, прижизненное™ и давности патологических процессов.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПАРАМЕТРОВ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Сиддиков К.М., Косимов С.К.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. В секционной практике морфологические исследования надпочечников при артериальной гипертонии проводились, однако артериальная гипертония чаще всего выступала как фоновая патология при ишемической болезни сердца. При этом клинико-морфологические сопоставления не проводились.

Цель исследования. Провести сопоставление клинических проявлений артериальной гипертонии и морфологических параметров надпочечников, отражающих их морфофункциональное состояние при различных вариантах течения и исходах артериальной гипертонии.

Материал и методы исследования. Проведено изучение аутопсийного материала (п=70) людей зрелого, пожилого и старческого возраста обоих полов, страдавших при жизни артериальной гипертонией различных стадий и умерших от различных причин (инфаркт миокарда, ишемический и геморрагический инфаркты мозга, кровоизлияния в мозг и т.д.) **.**

Результаты и исследования. Как показали результаты исследования, различные проявления артериальной гипертонии по-разному отражаются на модификации морфологического состояния надпочечников, в то же время, различные морфологические изменения надпочечников по-разному влияют на клинические проявления артериальной гипертонии.

Наибольшая взаимосвязь с тяжелым течением гипертонии выявлена с морфологическими признаками повышения функциональной активности клубочковой зоны, что, по-видимому, связано с повышением секреции альдостерона, вызывающего повышение артериального давления.

В то же время, систематичное лечение артериальной гипертонии, в том числе и мочегонными антигипертензивными средствами, связано с морфологическими признаками, отражающими снижение функциональной активности клубочковой зоны надпочечников.

Вывод. Морфологически для оценки степени нарушения кровообращения и выявления сопутствующей соматической патологии исследованы надпочечники, коронарные артерии, головной мозг, лёгкие, почки, печень, щитовидная и поджелудочная железа.

С помощью световой и поляризационной микроскопии произведено гистологическое исследование окрашенных гематоксилином и эозином срезов миокарда межжелудочковой перегородки, левого и правого желудочков.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сиддиков К.М., Зухритдинова С.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Тиреоидные гормоны щитовидной железы (ЩЖ) активно участвуют в адаптационно-компенсаторных и патологических процессах в организме в самых различных экстремальных ситуациях, что подтверждено различными исследованиями.

К числу наиболее распространённых экстремально-стрессовых состояний относятся тяжёлые формы острой ишемической болезни сердца (оИБС): острая (внезапная) коронарная смерть и инфаркт миокарда. оИБС наиболее частая причина смерти и длительной нетрудоспособности населения России при сердечно-сосудистых заболеваниях. .

Установлено, что состояние самых различных структур тиреоидной ткани, которое определяет диапазон её адаптационно-компенсаторных возможностей, находится в прямой зависимости от экологической ситуации в каждом конкретном Регионе.

Цель исследования. Изучение особенности структурной реакции тиреоидной ткани при тяжёлых формах о ИБС в тесной связи с предшествующими хроническими изменениями ЩЖ, которые можно считать индивидуально экологенными.

Материал и методы исследования. Проведено морфологическое исследование 100 ЩЖ, как лиц умерших от оИБС в кардиологических отделениях стационаров рязанских ЛПУ (80 наблюдений –основная группа), так и ЩЖ лиц, умерших от насильственной смерти (20наблюдений – контрольная группа).

Результаты и исследования. Было выявлено, что при тяжёлых формах оИБС возникает адаптационно-компенсаторная реакция тиреоидной ткани. Она выражается в активизации функции тироцитов (увеличение высоты тиреоидного эпителия, активной резорбции коллоида), новообразовании фолликулов с увеличением числа микрофолликулов с жидким коллоидом, резко выраженной реакцией сосудов микроциркуляторного русла (выраженная перифолликулярная гиперемия с включением в кровоток множества резервных капилляров, нередко с образованием сосудистых полостей). Указанные признаки свидетельствуют об интенсификации резорбции гормональных компонентов фолликулярных структур ЩЖ.

Всплеск секреторной активности ЩЖ в остром периоде инфаркта миокарда во многих случаях сопровождается появлением в составе фолликуловзначительного количества светлых оптически пустых тироцитов.

В таких клетках нередко отмечается дефекты апикальной мембраны и их слияние с прилегающими к ним резорбционными вакуолями, а также их массовая десквамация в просвет фолликулов. Эти показатели имели достоверное отличие по сравнению с контрольной группой.

В значительном количестве случаев отмечены морфологические признаки предшествующей первому сердечному приступу пониженной функциональной активности тиреоидной ткани, выраженные в той или иной степени.

Это проявлялось большим количеством малоактивных крупнофолликулярных структур диаметром 270-320 мкн., с уплощённым эпителием высотой 4-5 мкн., заполненных густым коллоидом. Застой коллоида был длительным, о чём свидетельствовало формирование узелков, имеющих строение неактивных макрофолликулярных коллоидных аденом и кист.

Вывод. Тяжёлому течению оИБС предшествует гипофункциональное состояние щитовидной железы

В острый период основного заболевания происходит очаговая активизация секреторного процесса, и морфологическое строение ЩЖ приобретает мозаичный характер.

Перечисленные состояния, как правило, не привлекающие внимания клиницистов, могут сопровождаться очевидным и скрытым (субклиническим) гипотиреозом и существенно ограничивать адаптационные возможности тиреоидной системы, способствуя неблагоприятному течению основного заболевания.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В АНДИЖАНЕ

Саидходжаева Д.Г., Мамасалиев Н.С., Атаханов А.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы – определение путей профилактики язвенной болезни желудка в условиях г.Андижан.

Материалы и методы. Комплексное эпидемиологическое, опросные, инструментальные и биохимические исследования в популяции взрослого (715 чел), подросткового (732 чел) и юношеского (734) возраста .

Результаты и выводы. В популяции мальчиков подросткового и юношеского возраста распространенность язвенной болезни желудка (ЯБЖ) составила 9,6% и 15,9% ($P < 0,05$), а у девочек – по 5,0% и 6,9% соответственно ($P > 0,05$). В популяции взрослого населения ЯБЖ встречается частотой 13,1% (у мужчин – 19,3% и у женщин – 10,6%, $P < 0,05$). В различных возрастных группах ЯБЖ выявленные со следующей частотой распространенности: в возрасте до 20 лет – 8,8%, в 20-29 лет – 11,6%, в 30-39 лет – 17,4%, в 40-49 лет – 4,6%, в 50-59 лет – 23,0%, в 60-69 лет – 8,3% и в группе лиц ≥ 70 лет 30,0%. С возрастом частота выявляемости ЯБЖ возрастает более чем в 7,5 раз ($P < 0,001$).

Полученные данные показывают, что для решения вопросов первичной, вторичной и третьичной профилактики ЯБЖ, в примере Андижана, все более шире должны применяться методы популяционной стратегии и тактики, а также карты и программы прогнозирования течений и осложнений ЯБЖ. При планировании и осуществлении профилактических региональных программ как у подросткового / юношеского населения, так и у взрослой популяции должны быть обязательно учтены результаты только популяционных исследований.

ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

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 астроглиолизе 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 одномоментно 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 (° С)	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	135 [122; 144]	112 [101; 120]	75 [63; 87]

(мм.рт.ст.)			
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 ECP (2015).

Статистическая обработка данных выполнялась методами непараметрической статистики с использованием критерия Крускалля-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 $p<0,05$.

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 случаи 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 мета****болических* 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 сыворотки 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 S100β 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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Актуальность. Поиск новых подходов к оценке результативности анестезиологической защиты пациентов, способствующих снижению хирургического риска, по-прежнему остается актуальным направлением научных исследований [1,2,6,9,19]. Несмотря на внедрение малоинвазивных технологий в хирургии, продолжают регистрироваться осложнения различного генеза [3,4,5,10,11,13,14,15]. Углубленное изучение патогенеза операционной агрессии и методов ее купирования способны улучшить исходы лечения [7,8,16,18].

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 больных (61 женщина и 20 мужчина), 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" [12].

Текущую организацию гомеокинеза 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±0,7 уд.в мин) за операцию не превышали 6-7%. Текущие изменения сАД, которые колебались вокруг трендов и составляли 7,1±2,1% от среднего по группе значения (103,8±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 больных (1-я группа), дольше этого срока (в среднем 11,4±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.

Основой 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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Лечение ожоговой травмы сопровождается значительным количеством оперативных вмешательств, выполняемых под однокомпонентной тотальной внутривенной анестезией [5,6,7,9,16,17,18]. Вероятная послеоперационная когнитивная дисфункция негативно влияет на психологическую установку пациента на проводимое лечение, тем самым удлиняет сроки выздоровления [2,3,10,19]. Оптимизация анестезиологической защиты у больных с термическими поражениями способствует повышению качества лечения и исходов патологии [1,4,11,12,13,14,15].

Цель исследования: сравнить влияние препаратов для наркоза "Кетамин" и "Дипривaн" 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 (МоСА) и тест Шульте. Тестирование проводили за 1 день до операции, на 3-е и 6-е сутки после операции. С помощью МоСА оценивали внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию [8]. Обследование пациента занимало 10 минут. По окончанию 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 кетаминовый 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 Дипривaном, по тестам МоСА 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 МоСА: 18 (19; 24) у испытуемых, получавших наркоз с использованием Кетамина, ***значения группы, получавшей диприва***новый наркоз: 22 (25; 25,75), ($p<0,05$). Различий в показателях таблиц Шульте на протяжении исследуемого послеоперационного периода и МоСА 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.

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 десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Оценка гемодинамических показателей относится к ведущим критериям безопасности анестезии [2,4,9,10,]. 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.[1,3,5,6,13] С помощью метода объемной компрессионной осциллометрии возможно более точно оценить состояние сердечно-сосудистой системы. [3,4,7,8,11,12].

Цель. Оценка гемодинамических показателей в условиях тотальной внутривенной анестезии кетамином и пропофолом с помощью комплекса аппаратно-программного неинвазивного исследования центральной гемодинамики методом объемной компрессионной осцилометрии.

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 кетамином 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 MicrosoftExcel 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. соответсвенно 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 кетамином сердечный выброс, объемная 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 втечение анестезии стабильна. В период пробуждения данные показатели вариабельны.

ПРОБЛЕМА ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ

Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.
Кафедра анестезиологии – реаниматологии и десткий анестезиологии – реаниматологии
Андижанский государственный медицинский иниститут

Во многих странах мира смертность от злокачественных опухолей вышла на первое место (США, Канада, Франция и др.). Венозные 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 "Controversiesin Thrombosisand Hemostasis", который прошел в конце октября 2018г. Риск развитии 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 клетки и защищает её от воздействия иммунных клеток, хотя механизмы действия которых многообразны [1, 4, 5, 6, 9, 15, 17]. 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 [2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16]. ВТЭО могут возникать на протяжении всего периода развития болезни. Для оценки риска ВТЭО во всем мире используется модифицированная шкала Chorana (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.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Саипова Г.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Цель. Улучшение диагностики хронического вирусного гепатита С (ХВГС) путем применения двухмерной ультразвуковой эластографии сдвиговой волной (2D SWE) в комплексной диагностике хронического вирусного гепатита.

Материалы и методы. Комплексная диагностика хронического вирусного гепатита С (ХВГС) была проведена 180 больным с клинически и вирусологически установленным диагнозом. Контрольную группу составили 40 здоровых пациентов с индексом массы тела (ИМТ) 24-27. Всем пациентам

последовательно было проведено двухмерное серошкальное ультразвуковое исследование печени и органов брюшной полости, доплерография печеночных и внепеченочных сосудов, эластография в режиме 2D SWE на современных ультразвуковых приборах GE Logiq S8 (США), Aplio 500 (Япония). Обращалось особое внимание на многократное проведение 2D SWE в 4-8 сегментах печени.

Технология двухмерного серошкального ультразвукового исследования (2D) печени и других органов брюшной полости осуществлялась согласно стандартам, рекомендуемым в клинических руководствах Всемирной (WFUMB), Европейской (EFUMB) федерациями специалистов ультразвуковой диагностики в медицине и биологии. В последние годы специалистами ультразвуковой диагностики России были проведены многоцентровые исследования по оптимизации технологии эластографии печени и интерпретации полученных данных с участием специалистов из Узбекистана .

Исследование в 2D SWE режиме основано на поперечном акустическом потоке импульса, который используется для создания сдвиговых волн ультразвуковым датчиком. Ультразвуковая эластография показана всем больным ХВГС в целях своевременного выявления фиброза печени, уточнения стадии воспалительно-дегенеративных изменений по международной классификации METAVIR, определение динамики изменений плотности/эластичности органа в процессе ретровирусной терапии. Относительными ограничениями являются: избыточная масса тела, наличие асцитической жидкости в плевральной и брюшной полостях.

После выполнения ультразвукового исследования в режимах 2D и допплерографии, пациентам выполнялась эластография сдвиговой волной на аппарате Logiq S8 (General Electric, США). По данным исследований в 2D-режиме, определялась зона интереса на глубине не менее 2 см и не более 6 см от капсулы печени. При проведении эластографии исследуемой области, на экране монитора прибора автоматически отображается цветовая картограмма. Синий цвет отображает самые плотные (жесткие) ткани, красный – менее плотные ткани, зеленый цвет показывает здоровые, более мягкие ткани. Прибор позволяет получать автоматически количественную оценку жесткости ткани в кПа. Ультразвуковой прибор позволяет также измерять скорость сдвиговой волны в м/сек. Полученные результаты ультразвуковых исследований оценивались по международной классификации хронических диффузных заболеваний печени – METAVIR.

Результаты. У 40 здоровых людей эхографические качественные и количественные показатели печени и селезенки были в пределах возрастных особенностей. Показатели систолической и диастолической скорости кровотока печеночной и селезеночной артерии, индекс резистивности, пульсационный индекс исследованных сосудов, их линейная скорость в венах также соответствовали возрастным допплерографическим критериям. При эластометрии средние показатели 2D SWE составили 4,8 кПа (от 3,9 до 6,5 кПа), а скорость сдвиговой волны не превышаа 1,1 – 1,2 м/с. У больных ХВГС комплексная эхографическая картина представлялась большим разнообразием и зависела от стадии фиброза печени. В целом изменения размеров печени были выявлены у 112 (62,2%) больных. Среди них у 96 (85,7%) больных печень была увеличена, а у 16 (14,2%) – уменьшена. Диффузные изменения печени были выявлены у 138 (76,6%), очаговые у 42 (23,3%) больных. Изменения в билиарном тракте выявлены у 53%, спленомегалия у 32% больных. Изменения сосудистого кровотока зависели от степени и выраженности активности заболевания: при слабой активности комплекс сосудистых индексов увеличился до 34,6%, а показатели печеночно-сосудистого индекса снизились 26%. При высокой активности заболевания показатель сосудистого индекса снизился до 94%, а индекс застоя в печени возрос от 33,8% до 97%. При 2D SWE из 180 больных ХВГС 1-стадия фиброза F1 была выявлена у 44 больных (24,4%). При этом средние показатели эластометрии составили 6,2 (4,8-8,0 кПа) при скорости сдвиговой волны 1,3+-0,2 м/с. При слабой активности ХГВС, чувствительность эластографии оказалась низкой, а специфичность высокой. При фиброзе F2 у 36 (20%) средние показатели эластометрии составили 8.5 (6.3-10.7 кПа), а скорость сдвиговой волны увеличился до 1.7+-0.2 м/с. По мере развития фиброза печени (F3-F4) показатели возросли от 10,8 (8,1 – 13,5 кПа) до 24.6 (18.5-30.7кПа), а величина скорости сдвиговой волны достигла от 1.8+-0.2м/с до 2.3+-0.3м/с. Проведенные исследования показали, что при начальных стадиях фиброза печени F1-F2 допплеровские характеристики являются чувствительными, свидетельствующими о снижении кровотока в паренхиме печени и тенденции нарастания венозного застоя. Показатели 2D SWE наиболее информативны в стадии фиброза F2-F3, а при наличии асцитической жидкости в свободной брюшной полости информативность 2D SWE достоверно снижается до 89%.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к оценке методов мультипараметрического исследования печени. При этом эластография в 2D SWE режиме достаточно информативна в определении жесткости/эластичности паренхимы печени в стадиях F2-F4. Изменения в артериальных и венозных внутрипеченочных сосудах в начальной стадии фиброза являются показанием к проведению 2D SWE эластографии и динамического наблюдения в процессе лечения.

БИЛИАР ПЕНКРЕАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРНИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Суюнов Д.М., Мадазимов М.М.А.Т.Нуритдинов
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзуни долзарблиги. Билиар панкреатитни келиб чиқишида 40%дан ортиқ холатлардан ўт йўлларини патологиялари роль ўйнайдилар. Бундай вазиятларда панкреатит қуйидагилар асосида ривожланади: ўт пуфагининг жойлашуви ва шаклини нуқсонларида, панкреатик йўлни ва холедоха дисталь худудлари торайиши ва кисталарида, Одди сфинктери стенозида (52%) сурункали холециститда (42%), ўт-тош касаллигида ёки холецистэктомия оқибатида (6%) [Цуман В.Г ва. б. қ., 2001]. То 25%га етиб панкреатитлар қариялар хазм аъзолари касалликлари сабабли келиб чиқади **Тадқиқотнинг мақсади:** Билиарли панкреатитнинг профилактикасининг геронтологик хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Фарғона шахрида 1500та эркак ва аёллардан ташкил этилган репрезентатив 65-89 ёшли ахолида бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил этилади ва амалга оширилади. Теккширувда билиар пенкреатит билан оғриган 100 нафар беморлар ўрганилди. Шулардан 59% аёллар, 41% эркаклар ташкил этди. 65 дан 75 ёшгача бўлган эркаклар 28нафар аёллар эса 10 нафарни ташкил этди.76-89 ёшгача бўлган эркаклар 34 нафар, аёллар эса 14нафарини эркаклар ташкил этди. Беморларни ёши катталашиб борган сари ўт тош хасталиги бор лекин асорти қўшилмаган бўлишига қарамасдан билиар панкреатит билан оғриш ортиб борди. Ёш ўтиши билан беморларга профилактик мақсадларда қўлланилган спазмолитиклар ўз самарасини бермаган. Аксинча спазмалитикларни суиссттеъмол қилган беморларда билиар панркеатит билан оғриш сони ортиб борган.

Тақдикот натижалари. Юқоридаги изланишларимиздан шу нарса аниқ бўлдики ёшларда билиар панкреатитни ривожлаи механизми Вестфалть сфинктери спазми кучли ифодаланиб, умумий ўт йўлидан келган ўт суюқлиги Вирсунг йўлига ўтиб кетиши натижасида юзага келади. Қарияларда эса Вестфальт сфинктерини атонияси кузатилади ва умумий ўт йўлидан ўн икки бармоқли ичакка қўюлган ўт суюқлигини дуоденал суюқлик билан бирга Вирсунг йўлига рефлюкси хисобига юзага келади.

Хулоса. Демак кекса ёдаги ўт йўлларидаги муаоси бор беморларда билиар панкреатит профилактикасида спазмалитикларни юқори дозаларда қўллаш тавсия этилмайди. Прокинетиклар тавсия этиб ичак моторикасини кучайтириш йўли билан ўт суюлигини рефлюксини чеклаш ва фермент ингибиторлари ва адсорбентлардан фойдаланиш тавсия этилади.

БИЛИАР ПЕНКРЕАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРНИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Суюнов Д.М., Мадазимов М.М.А.Т.Нуритдинов
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Билиар панкреатитнинг келиб чиқишида 40%дан ортиқ ҳолатларда ўт йўллари патологиялари муҳим аҳамият касб этади. Бундай вазиятларда панкреатит қуйидагилар асосида ривожланади: ўт пуфагининг жойлашуви ва шакли нуқсонларида, панкреатик йўл ва холедоха дисталь ҳудудлари торайиши ва кисталарида, Одди сфинктери стенозида (52%) сурункали холециститда (42%), ўт-тош касаллигида ёки холецистэктомия оқибатида (6%) [Цуман В.Г ва. б. қ., 2001]. То 25%га етиб панкреатитлар қариялар ҳазм аъзолари касалликлари сабабли келиб чиқади.

Тадқиқотнинг мақсади: Билиарли панкреатит профилактикасининг геронтологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Фарғона шаҲрида 1500 эркак ва аёллардан ташкил этилган репрезентатив 65-89 ёшли аҳолида бир вақтли эпидемиологик текширув ташкил этилади ва амалга оширилади. Теккширувда билиар пенкреатит билан оғриган 100 нафар беморлар ўрганилди. Шулардан 59% аёллар, 41% ни эркаклар ташкил этди. 65 - 75 ёшгача бўлган эркаклар 28 нафар, аёллар эса 10 нафарни ташкил этди. 76-89 ёшгача бўлган эркаклар 34 нафар, аёллар эса 14 нафарини ташкил этди. Беморларнинг ёши катталашиб борган сари ўт тош хасталиги бор, лекин асорати қўшилмаган бўлишига қарамасдан билиар панкреатит билан оғриш ортиб борди. Ёш ўтиши билан беморларга профилактик мақсадларда қўлланилган спазмолитиклар ўз самарасини бермаган. Аксинча спазмалитикларни суиссттеъмол қилган беморларда билиар панркеатит билан оғриш сони ортиб борган.

Тақдиқот натижалари. Юқоридаги изланишларимиздан шу нарса аниқ бўлдики, ёшларда билиар панкреатитнинг ривожланиш механизми Вестфалть сфинктери спазми кучли ифодаланиб, умумий ўт йўлидан келган ўт суюқлиги Вирсунг йўлига ўтиб кетиши натижасида юзага келади. Қарияларда эса Вестфальт сфинктерини атонияси кузатилади ва умумий ўт йўлидан ўн икки бармоқли ичакка қўюлган ўт суюқлигини дуоденал суюқлик билан бирга Вирсунг йўлига рефлюкси ҳисобига юзага келади.

Хулоса. Демак, кекса ёшдаги ўт йўлларида муаммо кузатилган беморларда билиар панкреатит профилактикасида спазмалитикларни юқори дозаларда қўллаш тавсия этилмайди. Прокинетиклар тавсия

этиб, ичак моторикасини кучайтириш йўли билан ўт суюқлиги рефлюксини чеклаш, фермент ингибиторлари ва адсорбентлардан фойдаланиш тавсия этилади.

ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНРЕАТОХОЛАНГИОРАФИЯ ВА ЭНДОСКОПИК ЛИТОКЭСТРАКЦИЯДАН СЎНГИ БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Суюнов Д.М., М.М.Мадазимов., А.Т. Нуритдинов, Салохиддинов К.З.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги:Эндоскопик ретроград панкреатохолангиография (ЭПХГ) хозирги кундаги билиар тизим хасталикларни ташхислаш 79-98 % аниқликда ташхислаш ва холедохолитиазни даволашнинг 96.9% самарали усули бўлиб хисобланади. (Аминов И.Х. 2013 й.)Лекин шунга карамасдан бу муолажадан сўнг турли муаллифлар маълумотларига кўра 1,3% дан 39% гача билиар панкреатит ривожланади. Охирги йиллар адабиётидаги тахлиллар яна кўрсатади-ки, панкреатит билан қўпроқ 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 [Scheneider A.et.al.,2007; Белоусова Е.А ва б.қ., 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 тахлил қилинди. Бунда жами 50 та бемор танлаб олинди шундан 29 таси аёллар ва 21 нафари эркаклар кишини ташкил этди. Асосий гурухдаги беморларга ЭРПХГ текширувидан 2-3 соат олдин контриленс 20 000 Ед, ва Рабелок 20 мг физиологик эритма билан вена ичига юборилди. Антиабактериал дори воситалари тавсия этилди. Назорат гурухидаги беморларда эса бу муолажалар ЭРПХГ дан бир неча соатдан сўнг мамалга оширилди.

Тадқиқот натижалари: Натижалар шуни кўрсатдики назорат гурухидаги беморларни 7,2% да қоринда камарсимон оғриқ ва қонда амилазани миқдорини ортиши кузатилди шулардан 2 нафар беморда панреонекроз ривожланганлиги туфайли лапаротомия бажарилди. Асосий гурухдаги беморларда эса билиар панкреатит белгилари кузатилмади.

Хулоса: Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики билиар панркеатитни 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.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФАТРОПНАЯ ИММУНО КОРРЕКЦИЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Суюнов Д.М., Саидходжаева Д.Г., Пакирдинов А.С., Салохиддинов К.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Как нам известно, при аутоиммунном гепатите в связи с массивным попаданием, устойчивых к медикаментам агрессивный медиаторов, в кровь пациента заболевание протекает очень тяжело, нередко с осложнением холестаза, печёночной недостаточностью, вплоть до развития комы и нередко с летальным исходом.

В основе грозного течения болезни при аутоиммунном гепатита лежит не только массивное попадание агрессивных медиаторов , но и от местного (клеточного, органного) и иммунного состояния организма в целом. Как указывают многие авторы, формирование иммунного состояния организма первоначально зависит от иммунного состояния лимфоидных клеток и органа в которых располагается и развивается антинуклеарный антиген и лимфатическая система организма в целом.

С учётом вышеуказанного мы считаем, что первоначально необходимо улучшить иммунное состояния гепатоцитов. С целью чего нами решено произвести иммунодепрессию через круглую связку печени (регионально).

Для лимфотропной иммунокоррекции были использованы следующие медикаменты: фуросемид 1.0, гепарин 0.5, тавегил 0.5, дексаметазол 0.5, новокаин 0.5%-30.0 тёплом виде, ампициллин 0.5 один раз в сутки № 7-9.

Методика: для введения медикаментов после обработка 70% спиртом в положения больного лёжа на спине по средней линия живота примерно на 4-5 см выше пупка под углом 45ºС послойно прокалываем апоневроз передней стенки живота после прохождение через него, пробно вводим 0.5% - 5.0 мл тёплый раствор новокаина.

Достоверностью правильного попадания в круглую связки печени (КСП) является ощущения больного распространения водимого раствора (новокаина), распространение вверх и вправо в подреберья, уменьшение болей в этих областях, уменьшение ригидности прямых мышц живота при пальпации. Убедившись о правильном попадании в КСП последовательно вводим вышеуказанные препараты. На месте инъекции оставляем полу спиртовый компресс на два часа.

Данная методика была использовано у 7 больных, в возрасте от 25 до 35 лет, из них 5 мужчин и две женщины, с гепатитом В с тяжёлой формой, осложнённый холестазом и печёночной недостаточностью (гипербилирубинемией, повышением активности печёночных клеток в виде нарастанием показателей АЛТ – 4.0 – 4.5 Ед и выраженной картиной интоксикации организма в виде бессонницы, энцефалопатии, появлением асцитической жидкостью). После третьего сеанса лимфатропной иммунокоррекции стал разрешаться холестаз с проявлением клинической уменьшением иктеричностью кожных покровов и склер; концентрации жёлчного пигмента в моче; появлением жёлтой окраски в каловой массе, визуально; уменьшением количества как прямой так и не прямой фракции билирубина – лабораторно. Начиная с седьмых суток после начала манипуляции на фоне улучшения клинически общего состояния больного было отмечено уменьшение уровня трансаминазы в крови. После девятого сеанса отмечено нормализация уровня билирубина в крови, с тенденцией к нормализации уровня трансаминазы. В последующим больные были выписаны домой под контролем инфекциониста. Контролём служили 10 больных с подобными формами аутоиммунном гепатита получивших лечение: иммунокоррекцию парентеральным путём на фоне интенсивной консервативной терапии. Эффективностью данного метода явились: во первых - уменьшение сроков прибивания больного на койке в среднем на 5-7 дней, во вторых уменьшением осложнений, в третьем более раннее восстановление трудоспособности пациентов, и в четвертом резким уменьшением рецидивов болезни в основной группе больных.

СУТ БЕЗ РАКИНИ МАММОГРАФИЯ, УЛЬТРАЗВУК, ОНКОМАРКЕР, ДУКТОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА ЭРТА АНИҚЛАШ УСУЛИ

Ташматова Ю.Д.
Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий текшириш марказм Андижон Вилояти филиали

Кириш. Кўкрак бези саратонини диагностикаси - бу хавфли ўсмаларни аниқлашга қаратилган комплекс усул саналади. Даволашнинг самарадорлиги ва тикланиш прогнози ушбу патологияни эрта аниқлашга боғлиқ. Ушбу мақолада хатарли жараёнлар аниқлаш учун ишлатиладиган асосий процедураларни кўриб чиқамиз.

Изланиш мақсади. Ушбу тадқиқотнинг мақсади АВОДда кўкрак бези саратонининг эрта ташхислаш ва олдини олиш учун касалликнинг турли босқичларида кўкрак патологиясини текшириш учун эластография режими, маммография, дуктография, онкомаркерлардан фойдаланган ҳолда касалликка эрта ташхис қўйиш ва уни олдини олишдан иборат.

Тадқиқот усуллари ва материаллари. Биз ўз олдимизга қўйилган вазифани бажариш учун АВОД га сут бези саратони билан мурожаат қилиб келган ва замонавий текширувлар ўтказилган жами 65 нафар аёлларни танлаб олдик.

Текшириш натижалари. Текширилган аёлларнинг 70,8 фоизида сут безлари патологиясининг бошқа табиати аниқланди. Замонавий текширув усуллари ёрдамида текшируви пайтида аниқланган сут безларидаги ўзгаришларнинг нозологик шакллари бўйича аёлларнинг тақсимланиши жадвалда келтирилган.

Режалаштирилган тактикалар ҳар бир алоҳида ҳолатда, 1 йиллик текширув оралиғидаги кузатувдан (1-тоифали), ўсманинг гистологик ва иммуногистологик хусусиятларини аниқлаш учун патологик жараённи морфологик текширувгача ўзгариши мумкин. - 5-тоифа саратоннинг аниқ белгилари билан белгиланади.

1-тоифа беморларда патологик жараён бўлмаган тақдирда ўрнатилади. Назорат экспертизаси йилига бир марта ўтказилади.

2-тоифа бенигн шаклланишлар аниқланганда ўрнатилади (оддий кисталар, липомалар, атеромалар, одатдаги фиброаденомалар, барқарор олеогрануломалар, шикастланиш ва транспозиция белгиларисиз кўкрак имплантлари), назорат текшируви ҳар 6-12 ойда бир марта ўтказилади.

3-тоифа саратон эҳтимоли 2% дан юқори бўлмаган бенигн ўзгаришлар билан ўрнатилади (янги ташхис қўйилган интра- ва перитуморал қон оқимисиз фиброаденомалар, олеогрануломалар, паренхиманинг тугунли гиперплазияси зоналари, калсификациясиз, шиш-инфилтратив шаклларсиз) мастит, кўкрак бези хўппози, яллиғланиш белгилари бўлган кисталар).

Назорат текшируви 3 ой ичида консерватив даво курсидан сўнг амалга оширилади. Агар терапия курсидан 3 ой ўтгач, салбий динамика қайд этилса, у ҳолда 4-тоифа, агар ижобий динамика қайд этилса, 2-тоифа деб ҳисобланади.

4-тоифа сут безларидаги ўзгаришлар 3 дан 94% гача эҳтимоли бўлган саратон жараёнига шубҳа билан аниқланганда (3 см дан катта фиброаденомалар (барг шаклидаги фиброаденомалар), ҳар қандай ўлчамдаги

фиброаденомалар ҳажми катталашганидан кейин аниқланади). 6 ойлик кузатув давомида 5 мм, қон оқими кўпайган фиброаденомалар, нотекис контур билан, орқа контурни ноаниқ кўриш ёки калсификация мавжудлиги; интракстатик қаттиқ шаклланишлар, интрадуктал папилломалар, тугунсиз шаклланишлар бўлмаган атипик кисталар. аниқ эхографик расм, эдематик инфилтратив ва даволашдан сўнг ижобий динамикасиз маститнинг бошқа шакллари, калсификация борлиги билан тугунли гиперплазия зоналари Ушбу патология аниқланганда, тери ости пункцион биопсияси ёки трепан биопсияси ёрдамида жараённинг морфологик текшируви талаб қилинади.

5-тоифа кўкрак бези саратонининг аниқ белгилари билан белгиланади.

BI-RADS тизимига мувофиқ юқорида тавсифланган градацияларни ҳисобга олган ҳолда ултратовушли шифокорлар B-моде, СДС, ЭДС, эластография ёрдамида барча ултратовуш мезонларини ҳисобга олган ҳолда аниқланган патологиянинг тоифасини кўрсатишлари керак. Клиницистлар қабул қилинган ултратовуш ҳисоботига эътибор қаратиб, даволаш тактикаларини режалаштирдилар. Хусусан, 65 кишидан 20 нафар аёлга (30,7%) 2-тоифа ажратилган ва 6 ойдан сўнг текширувга қайтиш тавсия қилинган. 3-тоифа 65 кишидан 25 нафасида (38,4%) ташкил этилган, консерватив терапия курси тайинланган, сўнгра 3 ойдан сўнг текширувга чиқиш учун келган, 65 кишидан 6 нафар аёл (9,2%) 4-тоифага ажратилган. BI-RADS тизимига кўра 5 та тоифадаги 65 кишидан 8 нафари (12,3%).

BI-RADS тизимига биноан 4,5-тоифали фокал патологиянинг барча кузатувлари нозик ингичка пункция натижаларининг цитологик хулосаси шаклида морфологик текширувдан ўтказилди. Гистологик топилмалар асосида жарроҳлик муолажадан сўнг кўкрак бези саратони ташхиси морфологик жиҳатдан тасдиқланди.

Сифатли эластография барча ҳолатларда ўсимта тугунининг ўзи ва ўсма тугуни перифериясини бўйлаб проекциясида кўк локус шаклида қаттиқлик кучайганлигини аниқлади.

Шу билан бирга, 8 та аёлдан бирида (12,3%) кўкрак бези саратонининг ултратовуш диагностикаси цитологик жиҳатдан аниқланмаган, аммо операциядан кейинги материал морфологик текширилгандан сўнг, кўкрак бези саратони ташхиси тасдиқланган. Ва фиброаденома ултратовуш диагностикаси билан 8 та (12,3%) битта ҳолатда, шунингдек операциядан кейин, цитологик ва гистологик жиҳатдан, саратон билан фиброаденома ташхиси қўйилган.

Хулоса. Шундай қилиб, кўкрак бези саратонининг эрта ташхислаш ва олдини олиш учун касалликнинг турли босқичларида кўкрак патологиясини текшириш учун эластография режими, маммография, дуктография, онкомаркерлардан фойдаланган ҳолда ташхислаш юқори самарадорлилиги билан тавсифланди. Усулларнинг умумий самарадорлиги 97,6%, ўзига хослиги 86%, аниқлиги 96,3% ни ташкил этди.

Ташхислашда юқоридаги замонавий усуллардан фойдаланиш сут безларининг турли касалликлари билан оғриган беморларни динамик текшириш ва бошқариш тактикасини тизимлаштиришга ёрдам беради.

ЦИФРОВАЯ МАММОГРАФИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташматова Ю.Д.
Андижанский специализированный филиал Республиканского специализированного научно-практического научного центра онкологии и радиологии

Актуальность. Рак молочной железы – наиболее часто встречающийся тип злокачественной опухоли у современных женщин. Рентгеновская маммография – реально существующий метод ранней диагностики доклинического рака молочной железы. Ранними рентгенологическими признаками рака молочной железы служат сгруппированные микрокальцинаты, асимметрия и перестройка структуры. Только рентгеновская маммографии в состоянии получить изображение сгруппированных микрокальцинатов величиной 50-200 микрон. Цифровая маммография позволила шагнуть на качественно новый уровень диагностики. С ее помощью (Tissue Equalization, Premium View, Fine View) изображение стало более контрастным, улучшилась визуализация патологических образований и в особенности микрокальцинатов. Цифровые маммографы относительно недавно появились в отечественной медицинской практике. Наш опыт применения цифрового маммографа Senographe DS General Electric (USA) в сравнении с аналоговым маммографом Mammomat UC Philips показал несомненное преимущество технологии цифровой маммографии. Во-первых, цезиевый (Csi) детектор дает возможность получения качественного изображения как неизменных тканей, так и микрокальцинатов и новообразований.

Цель исследования: Изучить диагностические особенности цифровой маммографии рак молочной железы.

Материал и методы исследования: Нами было исследовано на цифровом маммографе Senographe DS фирмы General Electric (USA) 100 пациенток как бессимптомных, так и предъявляющих различные жалобы (на боли, уплотнения). У 42 пациенток при применении CAD выделялась область изменений в одной либо двух проекциях.

Результаты: У 50 женщин из 100 были выявлены сгруппированные микрокальцинаты. Рентгенологическая картина трактовалась как крайне подозрительная на рак. У 4 из них верифицирован рак молочной железы. У остальных 4-х гистологически были обнаружены следующие изменения:пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии – 2, пролиферативная ФКМ с формированием внутрипротоковых папиллом – 1, склерозирующий аденоз -1. Во всех этих наблюдениях CAD точно “обводил” зону микрокальцинатов. В случаях асимметрии плотности, перестройки структуры CAD также идентифицировал зону интереса. НЕ было проблем с идентификацией узловых образований в виде различной формы тени (как доброкачественного, так и злокачественного характера). В небольшом проценте наблюдений CAD выделял “зону повышенного внимания” только в одной проекции и при прицельной маммографии вопрос о патологическом очаге снимался, так как участок полностью изменял свои характеристики.

Вывод: Computer assisted diagnosis цифровых маммограмм улучшает выявление и интерпретацию микрокальцинатов и других структурных изменений. Он позволяет повысить точность диагностики и уменьшить число напрасных операций. Это практически автоматизированное “двойное” чтение маммограмм.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Тоджихужаев Ш.Ш.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний. Она составляет 30–40% всего контингента урологических стационаров. Чаще всего МКБ наблюдается у лиц трудоспособного возраста (30–50 лет), что делает данную проблему социально значимой. Для оценки многообразия действующих патогенетических механизмов камнеобразования совершенно необходимым является наличие универсального метода или группы методов, позволяющих оперативно определить комплекс основных показателей и контролировать их соотношение по мере развития патологического процесса, диагностировать рецидивы, проводить мониторинг послеоперационных изменений.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики мочекаменной болезни на основе применения алгоритмов комплексного лучевого обследования.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные комплексного лучевого обследования 143 пациентов мочекаменной болезнью, проходивших обследование и лечение в урологических отделениях клиники АГМИ, а также на кафедре онкологии и медицинской радиологии.

Результаты исследования. В результате обследования пациентов I группы были обнаружены следующие основные виды метаболических нарушений. Гиперкальциурия наблюдалась у 104 (64,6%) пациентов: абсорбтивный тип - у 54 (51,9%), резорбтивный - 31(29,8%), почечный - 10(9,6%) и идиопатический - 9(8,7%). Гиперурикурия в сочетании с гиперурикемией выявлялась у 46 (28,6%), гиперфосфатурия - у 159 (98,8%), гипероксалурия - у 108 (67,1%) пациентов и почти всегда сопровождалась гиперкальциурией.

При исследовании гормонального статуса у 82 мужчин I группы в возрасте от 30 до 82 лет симптомы ВАД были обнаружены у 43 (52,4%) пациентов: у 30(36,6%) в основной и у 13 (15,8%) в контрольной подгруппе. Из них, у 19 (23,2%) (11 в основной и 8 в контрольной подгр.) уровень тестостерона находился на нижней границе нормы. У 24 (29,2%) (у 19 в основной и 5 в контрольной подгруппе) был ниже ее. Уровень общего тестостерона у здоровых мужчин находился в пределах средних значений нормы (23,47±0,27нмоль\л), а у больных уролитиазом – нижних значений нормы (14,63±0,89нмоль\л), за счет чего при МКБ наблюдалось достоверное снижение индекса свободного тестостерона ($P<0,001$).

Показатели ГСПС и ЛГ также колебались в пределах нормы, но по сравнению со здоровыми мужчинами были выше в 1,6 и 1,9 раза, соответственно ($P<0,001$). При ВАД отмечался резорбтивный тип гиперкальциурии с гиперкальциемией у 11 (соответственно, 8 и 3 в подгруппах), гиперурикурия и гиперурикемия - у 9 мужчин (соответственно, 7 и 2 в подгруппах), и у 4 человек основной подгруппы была смешанная форма с одновременным повышением уровня кальция и мочевой кислоты в крови и моче.

Коррекция гормонального статуса осуществлялась у 30 пациентов основной подгруппы по разработанному нами способу (приоритетная справка №2008144526) и заключалась в приеме 50 мг андрогеля при уровне тестостерона на нижней границе нормы (11 мужчин) или 100мг (по 50мг х 2 раза в сутки) при ВАД (19 мужчин) с контролем за его концентрацией в плазме крови каждые 3-6 месяцев для выбора адекватной поддерживающей дозы препарата.

Вывод. С практической точки зрения установление возраста первого появления конкрементов является немаловажным фактором, однако, зачастую носит субъективный характер, поскольку пациенты предоставляют отрывочные сведения о первых симптомах заболевания.

Для мочекаменной болезни характерно длительное бессимптомное течение, в результате больной впервые обращается к врачу, как правило, в довольно поздние сроки. Кроме того, определённую роль в поздней диагностике играет и полиэтиологичность болезни.

Применение разработанных профилактических мероприятий позволяет снизить частоту рецидивного камнеобразования, которая в течение 6 лет диспансерного наблюдения не превышает 5,1%.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тоджихужаев Ш.Ш.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Широкое применение ультразвуковых методов исследования в период послеоперационного амбулаторного наблюдения позволяет выявлять фрагменты камня или резидуальные конкременты в почках и мочевых путях, контролировать процесс рецидивного камнеобразования, развитие отдаленных изменений в мочевых путях как функционального, так и органического характера.

Наиболее частые диагностические ошибки встречаются при выявлении мелких конкрементов или фрагментов в чашечно-лоханочной системе, особенно рентгеннегативных и послеоперативных вмешательств. Это обусловлено тем, что их эхографические признаки по плотности приближаются к изображению чашечных структур и почечного синуса.

Цель исследования. Повышение эффективности УЗИ диагностики мочекаменной болезни.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находились 109 пациентов, перенесших различные виды оперативного лечения мочекаменной болезни: дистанционную литотрипсию, чрескожнуюнефролитотрипсию, контактную уретролитотрипсию и традиционные операции. Сроки наблюдения составили от нескольких месяцев до 10 лет после оперативного вмешательства.

Результаты исследования. Прямым ультразвуковым признаком уретеролитиаза является эхопозитивная структура в просвете мочеточника с акустической тенью. К косвенным признакам, выявляемым при УЗИ, относятся расширение мочевыделительных путей выше препятствия, локальное утолщение стенки мочеточника, периуретеральный отек, нарушение мочеточниковых выбросов, утолщение стенки лоханки, отек почечной паренхимы.

Эффективность УЗИ в выявлении конкрементов зависит от их локализации. При расположении камня в нижней трети мочеточника точность метода составляет 97,5%, чувствительность - 97,8%, специфичность - 87,5%. При расположении камня в средней трети мочеточника точность метода равна 84,4%, чувствительность - 80,0%, специфичность - 83,3%. При расположении камня в верхней трети мочеточника точность метода равна 91,8%, чувствительность - 92,9%, специфичность - 85,7%.

Наличие отека стенки мочеточника и периуретерального отека определяют тактику ведения больного - назначение превентивной противовоспалительной терапии до проведения хирургических манипуляций.

Для УЗИ диагностики при локализации камня в нижней трети мочеточника пиелоэктазия, гидронефротическая трансформация, отек почечной паренхимы имеют меньшее значение, но их диагностическая значимость увеличивается при локализации камней в верхнем и среднем отделах мочеточника.

УЗИ мочеточников должно проводиться на основе комплексного применения трансабдоминального, интракорпорального методов и определения мочеточниковых выбросов. Для лучшей визуализации мочеточника необходимо обеспечивать максимальную компрессию исследуемой области.

УЗИ превосходит обзорную рентгенографию в диагностике уретеролитиаза. Между показателями точности, чувствительности и специфичности методов при уретеро-литиазе любой локализации имеется статистически значимое различие в пользу УЗИ, поэтому данный метод должен являться обязательным при уретеролитиазе и применяться на начальном этапе обследования больного.

Выводы. Проведение динамического ультразвукового контроля больным, перенесшим оперативное лечение по поводу мочекаменной болезни, по праву является одним из основных и чрезвычайно ценных методов наблюдения.

Применение функциональных методов ультразвуковой диагностики позволяет выявить изменения в мочевых путях на ранних этапах, когда проведение консервативной терапии может оказаться эффективным и предотвратить развитие органических, необратимых изменений в тканях.

Неинвазивность, простота и доступность обеспечивают его широкое применение в любом амбулаторно-поликлиническом учреждении.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Тоджихужаев Ш.Ш.
Кафедра онкологии и медицинской радиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) занимает одно из первых мест среди урологических заболеваний. Она составляет 30–40% всего контингента урологических стационаров. Чаще всего МКБ наблюдается у лиц трудоспособного возраста (30–50 лет), что делает данную проблему социально значимой. Для оценки многообразия действующих патогенетических механизмов камнеобразования совершенно необходимым является наличие универсального метода или группы методов, позволяющих оперативно определить комплекс основных показателей и контролировать их соотношение по мере развития патологического процесса, диагностировать рецидивы, проводить мониторинг послеоперационных изменений.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики мочекаменной болезни на основе применения алгоритмов комплексного лучевого обследования.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные комплексного лучевого обследования 143 пациентов мочекаменной болезнью, проходивших обследование и лечение в урологических отделениях клиники АГМИ, а также на кафедре онкологии и медицинской радиологии.

Результаты исследования. В результате обследования пациентов I группы были обнаружены следующие основные виды метаболических нарушений. Гиперкальциурия наблюдалась у 104 (64,6%) пациентов: абсорбтивный тип - у 54 (51,9%), резорбтивный - 31(29,8%), почечный - 10(9,6%) и идиопатический - 9(8,7%). Гиперурикурия в сочетании с гиперурикемией выявлялась у 46 (28,6%), гиперфосфатурия - у 159 (98,8%), гипероксалурия - у 108 (67,1%) пациентов и почти всегда сопровождалась гиперкальциурией.

При исследовании гормонального статуса у 82 мужчин I группы в возрасте от 30 до 82 лет симптомы ВАД были обнаружены у 43 (52,4%) пациентов: у 30(36,6%) в основной и у 13 (15,8%) в контрольной подгруппе. Из них, у 19 (23,2%) (11 в основной и 8 в контрольной подгр.) уровень тестостерона находился на нижней границе нормы. У 24 (29,2%) (у 19 в основной и 5 в контрольной подгруппе) был ниже ее. Уровень общего тестостерона у здоровых мужчин находился в пределах средних значений нормы (23,47±0,27нмоль\л), а у больных уролитиазом – нижних значений нормы (14,63±0,89нмоль\л), за счет чего при МКБ наблюдалось достоверное снижение индекса свободного тестостерона (P<0,001).

Показатели ГСПС и ЛГ также колебались в пределах нормы, но по сравнению со здоровыми мужчинами были выше в 1,6 и 1,9 раза, соответственно (P<0,001). При ВАД отмечался резорбтивный тип гиперкальциурии с гиперкальциемией у 11 (соответственно, 8 и 3 в подгруппах), гиперурикурия и гиперурикемия - у 9 мужчин (соответственно, 7 и 2 в подгруппах), и у 4 человек основной подгруппы была смешанная форма с одновременным повышением уровня кальция и мочевой кислоты в крови и моче.

Коррекция гормонального статуса осуществлялась у 30 пациентов основной подгруппы по разработанному нами способу (приоритетная справка №2008144526) и заключалась в приеме 50 мг андрогеля при уровне тестостерона на нижней границе нормы (11 мужчин) или 100мг (по 50мг х 2 раза в сутки) при ВАД (19 мужчин) с контролем за его концентрацией в плазме крови каждые 3-6 месяцев для выбора адекватной поддерживающей дозы препарата.

Вывод. С практической точки зрения установление возраста первого появления конкрементов является немаловажным фактором, однако, зачастую носит субъективный характер, поскольку пациенты предоставляют отрывочные сведения о первых симптомах заболевания.

Для мочекаменной болезни характерно длительное бессимптомное течение, в результате больной впервые обращается к врачу, как правило, в довольно поздние сроки. Кроме того, определённую роль в поздней диагностике играет и полиэтиологичность болезни.

Применение разработанных профилактических мероприятий позволяет снизить частоту рецидивного камнеобразования, которая в течение 6 лет диспансерного наблюдения не превышает 5,1%.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Тожибоев А.А.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Этмоидит или этмоидальный синусит является одним из наименее распространенных синуситов. Хроническая форма встречается несколько реже острой, составляет порядка 45-48% от общего количества воспалительных процессов в области решетчатой пазухи. Чаще всего болезнь диагностируется у детей в возрасте до 6-7 лет, что связано со скарлатинозной инфекцией.

У этой же категории пациентов отмечается наиболее высокая вероятность развития осложнений – примерно в 5-15% случаев. Среди представителей мужского и женского пола патология встречается с одинаковой частотой. Наблюдается сезонность – острые процессы и обострения хронических этмоидитов чаще регистрируются в холодное время года (осенью и зимой).

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. 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 Дипроспан (23 заболевших).

Результаты исследования. Результаты морфологического изучения удаленных полипов позволяют вносить коррективы в лечебный комплекс и могут быть использованы для прогнозирования исходов лечения хронического полипозного риносинусита.

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.

Хронический полипозный этмоидит развивается на фоне умеренного иммунодефицита Т-клеточного звена, у больных с рецидивирующим течением заболевания, они более выражены и не корригируются, 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.

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. Для профилактики полипозного этмоидита рекомендуется своевременно лечить стоматологические и лор-заболевания, ликвидировать анатомические дефекты в строении носа. Полезно укреплять иммунитет, вести здоровый образ жизни, закалять организм и полноценно питаться.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

Тожибоев А.А.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Полипозный риносинусит (полипозная дегенерация синуса) – гипертрофические изменения внутренней эпителиальной выстилки придаточных пазух и полости носа, сопровождающиеся рецидивирующим возникновением полипозных образований.

По данным всемирной статистики, проблема широко распространена среди жителей северной Европы (Финляндия, Дания, Исландия) и составляет до 5% от всех отоларингологических патологий. Средний возраст дебюта заболевания составляет 42-44 года, мужчины подвержены полипозному риносинуситу в 2-3 раза чаще женщин.

Цель исследования. Повышение эффективности фармакологического контроля назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом.

Материалы и методы исследования. В соответствии с постановленными задачами для исследования была взята группа из 87 больных полипозным этмоидитом в возрасте от 18 до 60 лет, обратившихся за медицинской помощью по поводу нарушения носового дыхания в клинику оториноларингологии клиники АГМИ за период 2019 – 2021 гг.

Результаты исследования. Результаты проведенных клинических исследований показали, что наиболее часто полипозным этмоидитом страдают люди трудоспособного возраста, т.е. до 60 лет (83,7%).

Полученные результаты легли в основу, как доказательной базы глубины происходящих патологических процессов, так и оценки эффективности фармакологического контроля назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом.

При изучении анамнеза больных полипозным этмоидитом установлено, что длительность заболевания более трех лет характерна для 62,1% из них. Основной жалобой взятых для исследования больных было нарушение носового дыхания. При эндоскопии полости носа у всех больных определялась полипозная ткань.

Использование минимальных доз антагониста лейкотриеновых рецепторов в комплексном лечении назальной обструкции у больных полипозным этмоидитом дает возможность путем длительного непрерывного целенаправленного использования препарата добиться сокращения объема полипозной ткани. Таким образом, не только восстановить адекватность носового дыхания и обеспечить дренажную и вентиляционную функцию устьев околоносовых пазух, но и благодаря этому сократить потребность в многократных хирургических вмешательствах вблизи жизненно важных образований (глазница, передняя и средняя черепные ямки) и длительном использовании топических и системных кортикостероидов у данного контингента больных.

Методика обладает простотой, высокой воспроизводимостью, безопасна, не требует специального лабораторного контроля и может применяться для лечения больных в амбулаторных условиях. Все перечисленное позволяет рекомендовать разработанный метод для использования в практическом здравоохранении.

Выводы. Прогноз при корректной, своевременно начатой терапии острогоэтмоидита благоприятный – в исходе наблюдается полное излечение. При хронических формах адекватная терапия позволяет достичь стойкой ремиссии.

Неспецифические профилактические мероприятия основываются на укреплении общих защитных сил организма, предотвращении переохлаждения, полноценном лечении других отоларингологических патологий, системных заболеваний, эндокринопа-тий, вторичных иммунодефицитов.

Большое значение в профилактике синусита имеют соблюдения рекомендаций относительно приема назначенных препаратов, ранняя коррекция врожденных аномалий развития анатомических структур области носоглотки, предотвращение травм лица.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Тожибоева Ё.Р.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - одна из наиболее распространенных патологий среди лиц, обращающихся к стоматологу, встречается у 35-75% из них, причем число этих больных возрастает.

Исследователи указывают на то, что одной из основных причин возникновения заболевания являются нарушения в зубочелюстной системе. Однако до сих пор нет единой классификации, наиболее полно отражающей нозологические формы синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, что создает определенные трудности в постановке диагноза и составлении плана лечения

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем разработки и внедрения в практику новых методов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач были проанализированы клинические наблюдения 107 человек. В основную группу вошли 55 больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, из них 14 мужчин и 41 женщина, в возрасте от 20 до 59 лет. В группу сравнения были включены 28 человек, диагностика и лечение которых проводилась традиционными методами.

Для определения показателей вертикальных движений нижней челюсти в норме с помощью предложенного нами устройства обследована контрольная группа, состоящая из 24 человек (13 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 19 до 25 лет, не предъявляющих жалоб со стороны височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования. Разработанные с учетом типичных и редко встречающихся симптомов карты обследования и база данных позволили составить полную клиническую картину нозологических форм синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома, систематизировать и документировать в электронном виде полученные данные для последующей обработки.

При обследовании пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выявлены встречающиеся в 100% случаев, с учетом которых детально разработаны таблицы дифференциальной диагностики вывиха внутрисуставного диска и окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома.

Специальными методами исследования установлена сильная корреляционная связь (r~0.98) между амплитудой вертикальных движений нижней челюсти, изменением биоэлектрических потенциалов жевательных мышц и возникновением окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома и вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава. Так, при регистрации вертикальных движений нижней челюсти установлено снижение амплитуды открывания рта (на 23,8±7,1% и 28,6±0,2% сооответственно); при электромиографическом исследовании собственно жевательных и височных мышц - повышение биоэлектрических потенциалов в покое (на 36,7±10,9% и 29,5±7,3% соответственно); снижение при максимальном сжатии (на 7,7±1,4% и 37,2±8,4% соответственно); при жевании (на 9,5±2,3% и 33,2±9,5% при ОАДС ВНЧС и ВД ВНЧС).

Обследование по предложенной схеме и этиопатогенетическое комплексное лечение пациентов основной группы показало, что 89,1% из них спустя 3-6 месяцев были полностью вылечены, у 7,3% возник рецидив заболевания, а у 3,6% лечение не принесло желаемого результата. В группе сравнения же 71,4% больных не предъявляли жалоб, у 17,9% наступил рецидив заболевания, а в 10,7% случаев не наблюдалось положительного результата.

Созданная и внедренная в практику карта обследования пациента с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава, а также сформированная на ее основе база данных, разработанное устройство для регистрации вертикальных движений нижней челюсти и предложенный способ лечения вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава, позволили повысить эффективность диагностики и лечения на 17,7% по сравнению с традиционными методами.

Вывод. На основании общих и специальных методов исследования составлена унифицированная карта обследования, включающая 156 симптомов, из них 34 - редко встречающихся, а также база данных для систематизации полученных данных и хранения их в электронном виде.

Для изучения характера вертикальных движений нижней челюсти при помощи регистрации вертикальных движений нижней челюсти до и после лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава разработано устройство и программа.

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ И СТРЕССАХ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Тожибоева Ё.Р.
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Стресс — неспецифическая реакция организма на сильное физическое или психологическое воздействие, одновременно направленная на адаптацию к этим воздействиям. Стресс, испытываемый пациентом, влияет также и на работу врача, снижая качество оказываемых им услуг.

Сила и направление реакций на стресс определяются различными системами организма, но одной из основных является катехоламинергическая, которой отводят важную роль в механизмах его развития.

Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может выражаться не только в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения, а также неотложным состояниям.

Таким образом, перед врачом стоят такие задачи, как обеспечение комфорта и безопасности проводимого вмешательства, которые приобретают особую актуальность при лечении больных с сопутствующей патологией.

Цель исследования. Повышение безопасности стоматологического лечения применением психологических методов коррекции тревожности пациентов перед амбулаторными вмешательствами.

Материалы и методы исследования. В исследованиях, проводимых на клинической базе кафедры обезболивания в стоматологии АГМИ, участвовал 291 пациент (141 мужчина и 150 женщин в возрасте от 18 до 57 лет), испытывавших страх, волнение и напряжение перед стоматологическим приемом в различной степени выраженности. 179 пациентов составили группы исследования и 112 - группы сравнения.

Критерием включения пациентов в группы исследования являлось наличие низкой и средней личностной тревожности и средней и высокой ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) перед стоматологическим приемом и отсутствие сопутствующей общей патологии в стадии декомпенсации.

Критериями исключения из проводимого исследования являлось наличие у пациентов высокой личностной тревожности (по шкале Спилбергера-Ханина) и выраженной сопутствующей патологии в стадии декомпенсации.

Результаты исследования. Анализ результатов опроса 1282 стоматологов определил, что 72,3% из них не имеют психологических навыков общения с пациентами. Было определено, что психодиагностикой и определением функционального состояния пациента стоматологи занимаются в 5,8% случаев, а 56% опрошенных не знают, что высокая тревожность может приводить к неотложным состояниям в амбулаторной практике. Обучению психологическим навыкам общения с пациентом нуждаются 99,1% опрошенных специалистов.

Эффективность использования мотивационного интервьюирования для коррекции дистресса доказана у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема) снижением уровня ситуативной тревожности к 5 посещению на 39,64%, у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью - на 27,96%. У пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью показатель ситуативной тревожности снизился к 3-му посещению на 45,43%, а со средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью -на 45,29%. Отмечалась нормализация гемодинамических и катехоламинэргических показателей во всех группах.

Использование разработанного способа мотивационного интервьюирования стоматологических больных в амбулаторной практике у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема), позволяет к 5-му посещению снизить показатель гигиенического индекса PHP у мужчин на 53,57%, а у женщин - на 53,84%; у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностьюу мужчин на 29,0%, а у женщин - на 34,5%.

Снижение гигиенического индекса PHP у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью отмечено: у мужчин - на 31,57% и у женщин - на 35,29%; у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью у мужчин на 27,4% и у женщин 18,75%.

Использование мотивационного интервьюирования к 5-му посещению повышает приверженность стоматологическому лечению у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности (по шкале Спилбергера) и высокой самоэффективностью (по шкале Шварцера, Ромека, Ерусалема).

Количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,09, а у женщин - 2,42 (в группе сравнения 1,07 и 1,13 соответственно); у пациентов с исходно высоким уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,13, а у женщин - 2,16 (в группе сравнения 1,07, и 1,13 соответственно). У пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и высокой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 1,84, а у женщин - 2,02 (в группе сравнения 1,23 и 1,96 соответственно), у пациентов с исходно средним уровнем ситуативной тревожности и низкой самоэффективностью количество вмешательств на одно посещение у мужчин составляет 2,8, а у женщин - 2,45 (в группе сравнения 1,92 и 2,25 соответственно).

Внедрение способов психологической коррекции дистресса в амбулаторную практику возможно разработкой образовательных программ вузовского и послевузовского образования.

Вывод. Полученные данные определяют качество психодиагностики пациентов перед стоматологическими вмешательствами в амбулаторных условиях.

Применение разработанного способа мотивационного интервьирования у пациентов, испытывающих тревожность перед стоматологическим вмешательством, способствует обоснованному выбору тактики общения с пациентом, что приводит к снижению уровня ситуативной тревожности и нормализации гемодинамических показателей.

Применение способа мотивационного интервьюирования в течение 5 посещений позволяет повысить приверженность стоматологическому лечению у пациентов в амбулаторных условиях.

ПРЕВЕНТИВНАЯ СЕДАЦИЯ НА ОСНОВЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Толипов Б., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Результаты профилактики и лечения делирия нельзя назвать удовлетворительными. Делирий у пациентов с инфарктом миокарда связан с увеличением продолжительности госпитализации пациентов в ОРИТ, необходимостью седации и в ряде случаев в переводе пациентов на ИВЛ, повышением риска развития инфекционных осложнений, увеличением летальности и стоимости лечения, а так же повышением относительного риска смерти в течение 1 года после выписки из стационара. Тактика лечения и седативной терапии делирия у пациентов с острой сердечно-сосудистой патологией далека от окончательного решения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с острым коронарным синдромом, осложненным развитием делирия, путем разработки оптимальной стратегии седации.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задачи мы отобрали 70 пациентов с острым коронарным синдромом и осложнениями делирия.

Результаты исследования. С возрастом не редко увеличивается количество и тяжесть коморбидной патологии, потребность в госпитализациях, в том числе и в отделения анестезиологии и реанимации, где пациентам может проводиться седативная терапия или анестезиологическое пособие, что увеличивает риск развития делирия. По данным анализа при снижении ФВ ЛЖ отмечен рост риска развития делирия, установлена умеренная обратная связь между ФВ ЛЖ и делирием (p=0,000).

Низкая ФВ ЛЖ нередко сопровождалась проявлениями хронической сердечной недостаточности, застойными явлениями в малом круге кровообращения, недостаточной доставкой кислорода к головному мозгу, что может повышать риск развития делирия. Резкое снижение ФВ ЛЖ при ИМ, как правило, приводит к острой сердечно-сосудистой недостаточности, вследствие которой может развиваться острая гипоксия мозга, что так же увеличивает риск развития делирия. Для оценки тесноты связи между качественными показателями нами использован коэффициент V-Крамера. Анализ зависимости развития делирия от метода реваскулиризации миокарда представлен в табл. 19. Теснота связи между видами реваскуляризации и развитием делирия оказалась крайне слабой.

Анализ зависимости развития делирия от глубины и локализации поражения миокарда представлен в табл. 20. Выявлена высокая теснота связи между поражением боковой стенки ЛЖ и развитием делирия (p=0,000).

В литературе в качестве предикторов делирия часто упоминается сопутствующая патология, в том числе, хроническое злоупотребление алкоголем. Исходя из этого положения нами был проведен анализ сопутствующей патологии (дисциркуляторная энцефалопатия, хроническая болезнь почек, хронический алкоголизм, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, онкологические заболевания, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертония, сахарный диабет, анемия тяжелой степени, тромбоэмболия легочной артерии, делирий в анамнезе). Анализ зависимости развития делирия от сопутствующей патологии представлен в таблице 21.

Между развитием делирия и наличием у пациента деменции (p=0,000), хронической болезнью почек (p=0,000) была установлена высокая теснота связи. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями этиопатогенез энцефалопатии обычно носит смешанный характер (гипертоническая, дисциркуляторная, гипоксическая и т.д.). Деменция, являясь хроническим, прогрессирующим, заболеванием головного мозга, диффузно поражает все его отделы, приводя к аффективным и когнитивным нарушениям, в том числе, к снижению памяти, внимания и замедлению мышления, ограничению возможности самообслуживания.

Пациенты с данным заболеванием, оказавшиеся в ОРИТ, наиболее подвержены развитию дезориентации и нарушениям сна, что, в конечном итоге, может приводить к развитию делирия. Развитие делирия у пациентов с хронической болезнью почек, вероятно, можно связать и с поражением при данной патологии микроциркуляторного русла, причем не только почек, но и головного мозга, а так же с уремической интоксикацией.

Вывод. Определены основные предикторы развития делирия у пациентов с ОКС.

Предложена простая для практического применения программа прогноза развития делирия у пациентов с ОКС, позволяющая с высокой степенью достоверности предполагать развитие делирия.

Доказана эффективность внедрения в практику стратегии седации с использованием а2-агонистов в терапии делирия у пациентов с ОКС.

Доказана эффективность внедрения в практику стратегии превентивной седации с использованием а2-агонистов у пациентов с ОКС и риском развития делирия свыше 80%.

СЕДАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ОТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Толипов Б., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Седация — контролируемый уровень медикаментозной депрессии сознания, при котором сохранены защитные рефлексы, обеспечивается адекватно дыхание и есть ответы на физические стимулы или вербальные команды. Также седацию определяют как комплекс медикаментозных и немедикаментозных средств, предназначенный обеспечить физический и психический комфорт пациента и облегчить технику ухода в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ)

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с острым коронарным синдромом, осложненным развитием делирия, путем разработки оптимальной стратегии седации.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задачи мы отобрали 70 пациентов с острым коронарным синдромом и осложнениями делирия.

Результаты исследования. У пациентов в ОАРИТ, находящихся на ИВЛ, возможно возникновение тревоги, возбуждения, страха.

Предрасполагает к развитию возбуждения наличие в анамнезе алкогольной или наркотической зависимости, органических заболеваний головного мозга, артериальной гипертензии, особенно плохо контролируемой, общее тяжелое состояние пациента, а также пожилой возраст.

Большое значение имеют своевременная идентификация и правильное лечение основных причин возбуждения, таких как боль, делирий, гипоксемия, гипогликемия, гипотензия, алкогольный или другой абстинентный синдром.

Результаты физикального обследования зависят от конкретного заболевания и тяжести состояния пациента. Необходимо обратить внимание на нарушения сознания, наличие признаков гипоксемии (цианоз) и нарушений периферического кровообращения, одышки, тахикардии, дыхательной и сердечной недостаточности, симптомов раздражения брюшины, олигурии и анурии, которые могут быть причинами возникновения возбуждения у пациентов в ОАРИТ.

— Для всех пациентов отделений ОАРИТ рекомендуется перед применением седативных средств предпринять попытки снижения беспокойства и возбуждения с помощью обеспечения комфорта пациента, адекватного обезболивания, регулярной перемены положения и оптимизации окружающей обстановки для поддержания нормального сна

Вывод. Практически все пациенты в отделении реанимации и интенсивной терапии нуждаются в проведении адекватной седации в силу различных причин, среди которых необходимость выполнения инвазивных процедур, нарушение циркадных ритмов сна и бодрствования, тяжесть общего состояния, необходимость респираторной поддержки. Адекватная седация препятствует развитию стрессовой реакции, беспокойства, обеспечивает комфорт и повышает переносимость интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а также облегчает процедуры ухода.

Основными причинами ажитации (возбуждения) являются боль, делирий, гипоксемия, гипогликемия, гипотензия, алкогольный или другой абстинентный синдром.

Возбуждение способствует асинхронии с аппаратом ИВЛ, повышенному потреблению кислорода, увеличению продукции углекислоты и лактата, что ведет к угрожающему жизни респираторному и метаболическому ацидозу.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ a1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туланов С.Ш., Адашев А.И., Саттаров А.Н.
Резиденты кафедры урологии
Андижанский государственный медицинский институт

По результатам многочисленных исследований известно, что стабильный клинически значимый эффект лечения al-адреноблокаторами отмечается примерно у 30-40% больных доброкачественной гиперплазией простаты (ДГПЖ), тогда как у 25-30% терапевтический эффект практически отсутствует. То есть, приблизительно у половины пациентов применение а-блокаторов недостаточно действенно и они нуждаются в изменении лечения. Именно эта категория представляет интерес для проведения фармако-функциональных тестов с целью оптимизации отбора больных для терапии a1-адреноблокаторами и исключения пациентов с неудовлетворительным прогнозом.

Цель исследования. Прогнозирование отдалённых результатов применения тамсулозина у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Обследование у 108 больных проводилось до начала лечения, на 5-7 и 60-е сутки после начала приема тамсулозина (0,4 мг/сут). При анализе результатов в качестве прогностического критерия мы использовали «достижение клинически значимого улучшения», за которое принимали уменьшение балла симптомов нарушенного мочеиспускания более чем на 30% и увеличение максимальной скорости потока мочи более, чем на 25% по сравнению с исходными показателями.

Результаты исследования. Уменьшение общего балла симптомов нарушенного мочеиспускания более чем на 30% на 5-7 день лечения мы наблюдали у 52 (96,3%), а через 2 месяца - у 44 (81,5%>) больных. Необходимого терапевтического ответа не было у 10 (18,5%) и 15 (27,8%) мужчин соответственно. При этом у 8 из 11 больных, у которых лечение на 5-7 день оказалось неэффективным, также не было отмечено клинического ответа на 60 день (72,7%).

Хотя и имеются незначительные отличия в эффективности основных a1-блокаторов при их применении у одного и того же пациента, все же определяется закономерность, указывающая на то, что если пациент отвечает на терапию каким-либо одним препаратом (в нашем случае тамсулозином), то, как правило, он будет примерно в той же степени реагировать и на лечение другими лекарственными средствами этой группы.

Мы считаем показанным применение коротких курсов терапии тамсулозином для прогноза эффективности лечения a1-адреноблокаторами. Предложенный тест может иметь значение при решении вопроса о выборе метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Выводы. При сравнении результатов лечения тамсулозином на 5-7 и 60-й дни, прогноз по показателю симптомов полностью оправдался в 81,5%, а по показателю максимальной скорости потока мочи - в 72,2% случаев.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИИ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.Ш. Туланов, Х.Ю. Эшбадалов, Ф.Т.Махкамова, Мансурова П.Х.
Кафедра хирургической стоматологии
АГМИ

Актуальность: Проблема острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ОГВЗ ЧЛО) остается на сегодняшний день одной из наиболее актуальных в стоматологии. При ОГВЗ ЧЛО также развивается синдром ЭИ.

В последние годы для снижения эндотоксемии при гнойных процессах, наряду с оперативным вмешательствам, предложено большое количество методов комплексного лечения с использованием антисептиков, мазей, ультразвука вакуум обработки, лазера.

Анализ данных литературы показал, что основной тактикой при ОГВЗ ЧЛО является комплексное лечение. Но при этом немаловажное значение имеют проведение консервативных лечебных мероприятий.

Однако в настоящее время в связи с увеличением числа ОГВЗ ЧЛО, методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

Целью настоящего исследования является определение эндогенной интоксикации при острых гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования**:** Для решения поставленной цели нами в проведённых исследованиях обследовано 130 больных с различными формами острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Из них 30 больных с периоститами, 30 с абсцессами, 30- с

флегмонами и 40 с острыми остеомиелитами, осложнившиеся абсцессами и флегмонами. В день поступления всем больным произведено вскрытие абсцесса и флегмон с дренированием раны, удаление причинных зубов.

Все больные были разделены на четыре группы. Из них каждые группы подразделены на контрольную и опытную подгруппы. В контрольную подгруппу вошли 130 больных (30- с периоститами, 30-абсцессами, 30-флегмонами и 40 с острыми остеомиелитами, осложнившиеся 20 абсцессами и 20 флегмонами. Больных лечили общепринятыми методами.

Результаты и их обсуждение: у больных основных групп по сравнению с контрольной группой значительно быстрее происходило уменьшение интенсивности местных признаков воспаления - отека, гиперемии, местных болей. Кроме этого, у больных основных групп клинически на 3-4 й день наблюдалось улучшение признаков местной и общей эндогенной интоксикации, чем в контрольных групп.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента-Фишера в модификации Бирюковой (1964).

Результаты и их обсуждение. У больных основных групп по сравнению с контрольной группой значительно быстрее происходило снижение признаков воспаления - отека, гиперемии, местных болей. Кроме этого, у больных основных групп клинически на 2-3-й день быстрее наблюдалось прекращение выделения гноя, и очищение раны, чем в контрольных групп ($P<0,05$).

При раннем улучшении общего состояния больных в основной группе, немаловажное значение имело снижение интоксикации организма. Эго подтверждалось результатами наших биохимических исследований (ЛИИ, ССЭ, МСМ, ВН и СММ и ОП) у больных с ОГВЗ ЧЛО в динамике лечения.

Из таблицы 1 видно, что ЛИИ был равен в норме составлял 1,01+0,05. При выписке отмечалось у больных: с периоститами- 1,08+0,014, с абсцессами - 1,28+0,014, с флегмонами- 1,70+0,014, с остеомиелитами, осложнившимися абсцессами -1,82+0,014, с остеомиелитами, осложнившимися флегмонами - 1,98+0,014. ССЭ был равен в норме составлял 18,4+2,5. При выписке отмечалось у больных: с периоститами- 20,2±2,5, с абсцессами - 21,2±2,5, с флегмонами- 21,98±2,5, с остеомиелитами, осложнившимися абсцессами -21,98±2,5, с остеомиелитами, осложнившимися флегмонами - 22,0±2,5. МСМ был равен в норме составлял 0,226+0,17. При выписке отмечалось у больных: с периоститами- 0,508±0,02, с абсцессами - 0,918±0,02, с флегмонами- 1,018±0,02, с остеомиелитами, осложнившимися абсцессами -1,020±0,02, с остеомиелитами, осложнившимися флегмонами - 1,68±0,02.

ВН и СММ был равен в норме составлял 9,6+0,4. При выписке отмечалось у больных: с периоститами- 10,09±0,3, с абсцессами - 10,78±0,3, с флегмонами- 10,97±0,3, с остеомиелитами, осложнившимися абсцессами -10,98±0,3, с остеомиелитами, осложнившимися флегмонами - 11,07±0,3.

ОП был равен в норме составлял 0,48+0,03. При выписке отмечалось у больных: с периоститами- 0,89+0,03, с абсцессами - 1,09+0,03, с флегмонами- 1,30+0,03, с остеомиелитами, осложнившимися абсцессами -1,80+0,03, с остеомиелитами, осложнившимися флегмонами - 1,50+0,03.

Выводы: таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что повышение уровня ЛИИ, ССЭ, МСМ, ВН и СММ и ОП в плазме крови служит объективными показателями уровня эндотоксемии у больных с ОГВЗ ЧЛО. В исходе лечения симптомы эндогенной интоксикации не достигали уровня нормы и оставались повышенными.

Это свидетельствует о том, что при ОГВЗ ЧЛО нарушается функциональное состояние печени, что требует для снятия интоксикации организма включения в комплексное лечения гепатотропных препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ al-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туланов С.Ш., Адашев А.И., Саттаров А.Н., Турсунов Г.М.
Кафедра урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности и безопасности al-адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Материал и методы исследования. За период 2018-2020 гг. наблюдалось 108 больных 55 - 8 2 лет доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные комбинации теразозина, альфузозина и тамсулозина. Препараты назначались параллельным группам больных, одни из которых сначала получали вазоактивный al-адреноблокатор, а после месячного перерыва - вазонеактивный. Другие группы, напротив, начинали лечение с вазонеактивных препаратов, переходя в дальнейшем к вазоактивным. Тамсулозин (0,4 мг/сут) получали 75, теразозин (5 мг/сут) - 35, альфузозин (10 мг/сут) - 10 пациента.

Результаты исследования. У лиц, последовательно принимавших тамсулозин и теразозин (1 группа), после 2 месяцев лечения первым препаратом было зарегистрировано уменьшение общей выраженности симптомов с 18,9 до 4,0 баллов (-78,2%), в том числе симптомов опорожнения с 10,3 до 2,0 баллов (-80,6%) и накопления с 8,6 до 2,0 баллов (-76,7%), снижение индекса качества жизни с 5,1 до 2,1 (-

57%), увеличение максимальной скорости потока мочи с 9,0 до 14,2 мл/с (+36,6%) и уменьшение объема остаточной мочи с 62,2 до 19,7 мл (-68,3%).

После начала приема теразозина отмечено дальнейшее улучшение клинических параметров: снижение выраженности симптомов с 11,1 до 3,8 балла, т.е. на -79,9% от стартового показателя и -65,8% от значения, зарегистрированного до начала второго курса лечения, уменьшение индекса качества жизни с 3,3 до 1,6 (-62,4 и -68,6%), увеличение максимальной скорости потока мочи с 10,2 до 13,2 мл/с (+38 и +32%), а также уменьшение объема остаточной мочи с 50,6 до 13,5 мл (-74 и -69%) соответственно.

Через 1 месяц после прекращения лечения вновь было зарегистрировано ухудшение субъективных и объективных показателей, причем в целом он соответствовал уровню, достигнутому в ходе "отмывки" между курсами тамсулозина и теразозина с разницей для отдельных параметров всего в 3-7%. Исключением стали только симптомы опорожнения, которые оказались меньше промежуточного значения на 18%. Изменение всех параметров после лечения обоими препаратами по сравнению с исходным уровнем были статистически значимы ($p<0,05$), тогда как величина их изменения после "отмывки" - недостоверна ($p>0,05$). Близкая по характеру и статистически-достоверная динамика показателей наблюдалась и во 2-й, 3-й и 4-й группах.

Выводы. Полученные в ходе настоящего исследования данные продемонстрировали высокую эффективность препаратов во всех группах пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Тургунов Ш.Ш., Орибжонов О.Э., Аблаязов 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 декомпрессинная ламинэктомия 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.

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Турсунов Б.К.
Кафедра хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Осложнения язвы двенадцатиперстной кишки в виде сочетания стеноза кишки, кровотечения, перфорации и их хирургическое лечение остаются нерешенной проблемой. В этих случаях пока не существует согласованной лечебной тактики, в результате чего нередко выполняются неадекватные операции, и летальность среди таких больных достигает 34-50% .

Мы попытались на своем опыте изучения данной проблемы сформулировать принципы лечения сочетанных язвенных осложнений.

Цель исследования. На основании комплексного анализа современных способов диагностики и хирургического лечения сочетанных осложнений дуоденальных язв разработать рациональную диагностическую и лечебную программу, принципы выбора наиболее эффективного метода лечения больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 145 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы в клинике АГМИ в период с 2019 по 2021 гг. Возраст исследуемых пациентов варьировал от 18 до 65 лет, средний возраст составил 37,7±15,4 лет. Больные трудоспособного возраста составили 90%. Среди больных с перфоративными гастродуоденальными язвами было 16,5% женщин и 83,4% мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке. По способу оперативного вмешательства больные разделены на две группы: основную и контрольную.

Результаты исследования. При сочетанных осложнениях язвы двенадцатиперстной кишки, когда рубцовый стеноз осложняется перфорацией язвы или кровотечением, ситуация не вписывается в общепринятые принципы хирургической тактики. Ошибочная диагностика в этих случаях достигает 15%, а послеоперационная летальность - 34%. Такие недопустимо негативные результаты объясняются сложностью диагностики и неопределенностью хирургического вмешательства и послеоперационной терапии.

Диагностика стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением или перфорацией, основывается на комплексной оценке симптомов каждого из этих осложнений, а также данных инструментальных и лабораторных методов исследования. Наиболее информативным вспомогательным методом диагностики перфорации является пнев-могастрография. Диагностическая эффективность ФГДС в этих случаях оказывается недостаточной из-за рубцовых изменений в пилородуоденальной зоне, не позволяющих в полной мере осмотреть слизистую двенадцатиперстной кишки.

Важным критерием выбора объема хирургического лечения при сочетанных осложнениях гастродуоденальных язв является общее состояние больного, определяемое возрастом, степенью стеноза двенадцатиперстной кишки, тяжестью кровопотери и перитонита.

При хронической язве двенадцатиперстной кишки, осложненной одновременно рубцовым ее стенозом и кровотечением, эндоскопический гемостаз чаще всего оказывается неэффективным из-за недосягаемости язвенного кратера. В этих случаях необходимо склоняться к более активной хирургической тактике.

Использование стволовой поддиафрагмальной ваготомии с дренирующими желудок вмешательствами у больных перфоративными и кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки,

сочетающимися с ее стенозом, приводит к подавлению кислотно-пептической активности желудочной секреции. При этом важная роль принадлежит адекватной дренирующей желудок операции. Наиболее выгодной из них в таких случаях является пилоропластика по Финнею, которая обеспечивает опорожнение желудка, хороший обзор двенадцатиперстной кишки и надежное прошивание не только кровоточащей "зеркальной язвы" задней стенки луковицы, но и, особенно важно, при ее залуковичной локализации, что бывает невыполнимо при пилоропластике по Гейнеке-Микуличу.

Дальнейшее сколько-нибудь существенное улучшение результатов оперативного лечения больных с сочетанными осложнениями язвы двенадцатиперстной кишки невозможно без инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию постгеморрагической гипоксии и нарушений гомеостаза, а также без комплексной противо-язвенной терапии.

Рациональная антибиотикотерапия и гемостатическое противорецидивное лечение, проводимые с первых часов поступления таких больных в стационар, снижают частоту инфекционных осложнений более чем в два раза и сводят к минимуму число рецидивов кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Вывод. Разработанная техника выполнения резекции желудка в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки позволяет минимизировать вероятность несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и значительно улучшить непосредственные результаты оперативного лечения осложненной язвенной болезни. Показана необходимость дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения постбульбарных язв, в зависимости от степени вовлечения в периульцерозный процесс большого дуоденального сосочка.

Совершенствование оперативной техники и оптимизация хирургической тактики при выполнении радикальных операций по поводу трудной язвы позволили снизить частоту и тяжесть ранних и поздних послеоперационных осложнений, что в целом, позволило улучшить результаты хирургического лечения и качество жизни пациентов с осложненным течением язвенной болезни.

ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Турсунов Б.К.
Кафедра хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Язвенная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, основным признаком которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и ДПК. Основные осложнения язвенной болезни: кровотечение, перфорация язвы, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация, рубцовая деформация желудка и ДПК, перивисцирит.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 145 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы в клинике АГМИ в период с 2019 по 2021 гг.

Возраст исследуемых пациентов варьировал от 18 до 65 лет, средний возраст составил 37,7±15,4 лет. Больные трудоспособного возраста составили 90%. Среди больных с перфоративными гастродуоденальными язвами было 16,5% женщин и 83,4% мужчин. Все пациенты поступили в экстренном порядке. По способу оперативного вмешательства больные разделены на две группы: основную и контрольную.

Результаты исследования. Наиболее частой причиной развития острых язв у 63-69% больных является декомпенсация тяжелой сопутствующей патологии и полиорганная недостаточность, для адекватной оценки которой необходимо использовать современные бальные системы и шкалы оценки (APACHE III).

Развитие рецидива кровотечения из острых язв не зависит от способа эндоскопической остановки кровотечения, надо использовать сочетание методов эндоскопического гемостаза во всех случаях, как для остановки, так и для профилактики рецидива кровотечения из острых язв.

У 74,6% пациентов острые язвы развиваются на фоне повышенной секреции желудка, основным направлением лечения в этой группе пациентов является антисекреторная терапия с помощью ингибиторов протонной помпы.

У 24,4% пациентов острые язвы развиваются на фоне нормальной или пониженной секреции. В лечении данных пациентов необходимо использовать прокинетики, гастропротекторы и антиоксиданты.

Использование лечебно-диагностического алгоритма у больных с кровотечениями из острых язв с учетом характера секреторной активности желудка, риска рецидива кровотечения, компенсации ПОН,

локализации язвы позволило снизить летальность в группе больных с острыми язвами в 1,5 раза с 22,3% до 14,4%.

Вывод. Внедрен в клиническую практику метод оценки значимости использования вида кровотечения: артериальное или венозное, в качестве критерия для выбора хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

Разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики, источника и степени кровопотери, введение и прогнозирование язвенных га-стродуоденальных кровотечений.

Применением разработанных методов диагностики и хирургического лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями достигнуто снижением общей летальности до 5,9%.

КЕЧКИ БОСҚИЧДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НОГИРОНЛИК ИМТИЁЗИНИНГ ЯШОВЧАНЛИККА ТАЪСИРИ

Турсунов Д.М., Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.

ХЎ билан касалланиш кўрсаткичларининг тобора ошиб бориши Республикамиз аҳоли саломатлиги динамикасида салбий тенденция ҳисобланади. Ҳар йили мамлакатимизда 25 мингтага яқин бирламчи неоплазмалар аниқланади. Республикада бирламчи аниқланган беморларнинг деярли ярми (43.3 %) кечки босқичларда (III-IV), шу ўринда IV-босқич билан беморлар улуши 15.7 % ни ташкил қилади. Андижон вилояти филиали статистик маълумотларига кўра, 2018 йилда 34.4 % беморлар бирламчи ташхис қўйилгандан бир йил давомида ўлган. Ногиронларга нисбатан ижтимоий сиёсатнинг устувор йўналиши ногиронликни олди олиш ва уларнинг реабилитацияси ҳисобланади.

Режалаштирилган тахлил учун Андижон вилоятида 2017 йилда бирламчи аниқланган жами 1825 нафар бемор ўрганилди. Ушбу беморлардан 343 (18.8 %) нафари ногиронлик гуруҳлари шакллантирган бўлса, 1482 (81.2 %) нафари маълум бир сабабларга кўра ногиронлик имтиёзига эга бўлмаган.

Ногиронлик шакллантирган 343 нафар беморларда III ва IV босқич билан 128 (37.3 %) нафарни ташкил қилган.

Кечки босқичлар аниқланган беморлар ўрганилганда, натижалар қуйидаги кўринишда бўлди: 12 ойгача яшовчанлик 38 нафар (11.3 %) беморда, 12-24 ойгача яшовчанлик 34 нафар (10.1 %), 24-36 ойгача 56 нафар (16.6 %) беморда қайд этилган бўлса, 36 ойдан юқори яшовчавнликка ушбу гуруҳ беморларида аниқланмади.

Ушбу ҳисобот йилида маълум бир сабабларга кўра ногиронлик шакллантирмаган беморлар сони 1482 нафарни ташкил қилди. Ушбу беморлар орасида кечки босқичларда аниқланган беморлар – 631 та (42.6 %).

Кечки босқичлар қайд этилган беморларда ўтказилган тахлил натижаларига кўра, 12 ойгача яшовчанлик – 384 нафар (28.5 %) беморда, 12-24 ойгача яшовчанлик – 99 нафар (7.3 %), 24-36 ойгача – 145 нафар (10.8 %) ва 36 ойдан юқори яшовчавнлик – 3 нафар (0.22 %) беморда қайд этилган.

Хулоса. Кечки босқичлардаги (III-IV) ногиронлик олган ва олмаган беморларда 12 ойгача яшовчанлик кўрсаткичи мос равишда 11.3 % ва 28.5 %, 12-24 ойгача 10.1 % ва 7.3 %, 24-36 ойгача 16.6 % ва 10.8 % ни ташкил қилган. Ушбу беморлар категориясида ҳам ногиронлик имтиёзига эга бўлган беморларда яшовчанлик кўрсаткичи юқори эканлиги аниқланди.

ШАРТЛИ ЭРТА БОСҚИЧДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НОГИРОНЛИК ИМТИЁЗИНИНГ ЯШОВЧАНЛИККА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ

Турсунов Д.М., Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.

Хавфли ўсмалар (ХЎ) XXI асрда дунёнинг кўплаб давлатлари учун эпидемия ҳисобланиб, замонавий тиббиётнинг энг долзарб бўлимларидан бири ҳисобланади. Ушбу ҳасталик ривожланган давлатлар аҳолиси орасида касалланиш, ногиронлик ва ўлим ҳолатларининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Ижтимоий таъминот ва даволаш, профилактика, ҳамда реабилитацион чора-тадбирлар сарфи юқори бўлганлиги, қолаверса, кўп ҳолларда қайтмас меҳнат лаёқати йўқолиши туфайли иқтисодий йўқотишларга олиб келади.

Режалаштирилган тахлил учун Андижон вилоятида 2017 йилда бирламчи аниқланган жами 1825 нафар бемор ўрганилди. Ушбу беморлардан 343 (18.8 %) нафари ногиронлик гуруҳлари шакллантирган бўлса, 1482 (81.2 %) нафари маълум бир сабабларга кўра ногиронлик имтиёзига эга бўлмаган.

Ногиронлик шакллантирган 343 нафар беморларда касаллик босқичлари қуйидаги кўринишда тасвирланди: шартли эрта босқичлар, яъни I ва II босқич билан ҳисобга олинган беморлар сони 215 та (62.7 %).

Эрта босқичлар (I-II) билан рўйхатга олинган беморлар орасида яшовчанлик кўрсаткичлари кенгайтирилган ҳолда тахлил қилинди. Олинган натижаларга кўра, 12 ойгача яшовчанлик кўрсаткичи 31 нафар (9.2 %) беморда, 12-24 ойгача яшовчанлик 67 нафар (19.9 %), 24-36 ойгача 115 нафар (34.1 %) ва 36 ойдан юқори яшовчавнлик 2 нафар (0.6 %) беморда қайд этилган.

Ушбу ҳисобот йилида маълум бир сабабларга кўра ногиронлик шакллантирмаган беморлар сони 1482 нафарни ташкил қилди. Ушбу беморлар ҳам икки гурухга ажратилган ҳолда тахлил қилинди: шартли эрта босқичлар билан қайд этилган беморлар – 851 та (57.4 %).

Эрта босқич билан рўйхатга олинган беморлар орасида яшовчанлик кўрсаткичлари қуйидагича: 12 ойгача – 174 нафар (12.9 %) беморда, 12-24 ойгача яшовчанлик – 226 нафар (16.8 %) , 24-36 ойгача – 317 нафар (23.5 %) ва 36 ойдан юқори яшовчавнлик 6 нафар (0.44 %) беморда қайд этилган.

Хулоса. Эрта босқичлардаги (I-II) ногиронлик олган ва олмаган беморларда 12 ойгача яшовчанлик кўрсаткичи мос равишда 9.2 % ва 12.9 %, 12-24 ойгача 19.9 % ва 23.5 %, 24-36 ойгача 34.1 % ва 16.8 % ни ташкил қилган. Бу эса ногиронлик имтиёзига эга бўлган беморларда маълум сабабларга кўра (моддий рағбатлантириш, реабилитацион чора-тадбирлар) яшовчанлик кўрсаткичлари сезиларли тарзда юқори бўлишини кўрсатди.

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГГ.

Турсунов Д.М., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Андижанский филиал
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Злокачественные новообразования глобальная проблема современного мира, имеющая как социальное, так и экономическое значение в жизни общества. **Согласно данным МАИР, в 2012 г. было зарегистрировано более 14,1 млн новых случаев злокачественных новообразований (без немеланомного рака кожи) и около 8,2 млн смертей от них (~22 000 смертей в день). При этом 57,0 % (8 млн) заболевших и 65,0 % (5,3 млн) умерших зафиксировано в развивающихся странах, где проживает ~ 82 % населения земного шара. По данным 2012 года в** мире каждый седьмой смертельный случай – от рака; от него умирает больше, чем от СПИДа, туберкулеза и малярии вместе взятых. Злокачественные новообразования (25 %) – вторая ведущая причина смерти после сердечно-сосудистых болезней (38%) в странах с высоким уровнем дохода и третья (12 %) – после сердечно-сосудистых заболеваний (30 %), инфекционных и паразитарных болезней (14 %) в странах с низким и средним уровнем дохода

Материалы и методы. Анализ заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями проведен по данным, содержащимся в ежегодной отчетной форме № 007 статистического отдела регионального филиала центра онкологии и радиологии Республики Узбекистан.

Результаты и обсуждения. В 2016 г в Андижанской области зарегистрировано 16 122 случаев смерти, где причинами 1 114 случаев (6,9%) являются злокачественные новообразования. В 2016 г. уровень смертности всего населения Андижанской области от злокачественных новообразований – 37,6 случая на 100 тыс. населения. Среди ведущих причин смертности мужского населения Андижанской области в 2016 г. от злокачественных новообразований лидерство принадлежало раку трахеи, бронхов и легкого – 9,3 на 100 тыс. мужского населения, что в структуре смертности мужчин от ЗНО соответствовало 21,9 %, на втором месте по уровню смертности располагался рак желудка – 6,4 на 100 тыс. мужского населения (15,1%), на третьем месте был рак печени – 3,5 на 100 тыс. мужского населения (8,2%). В 2017 г в Андижанской области зарегистрировано 16 159 случаев смерти, где причинами 1 063 случаев (6,6%) являются злокачественные новообразования. Смертность мужчин от злокачественных новообразований в 2017 г. была почти одинаково смертности женщин, при чем заболеваемость у женщин ЗНО больше. Среди ведущих причин смертности мужского населения Андижанской области в

2017 г. от злокачественных новообразований лидерство принадлежало раку желудка – 6,6 на 100 тыс. мужского населения, что в структуре смертности мужчин соответствовало 18,9 %, на втором месте по уровню смертности располагался рак трахеи, бронхов и легкого – 5,8 на 100 тыс. мужского населения (8,2%), на третьем месте были злокачественные лимфомы – 2,0 на 100 тыс. мужского населения (5,5%). По анализу статистических данных 2018 года в Андижанской области зарегистрировано 15 365 случаев смерти (на 5% ниже чем 2017), где причинами 1 032 случаев (6,7%) являются злокачественные новообразования. Смертность мужчин от злокачественных новообразований в 2018 г. была ниже смертности женщин, впервые за 9 лет. Среди ведущих причин смертности мужского населения Андижанской области в 2018 г. от злокачественных новообразований лидерство принадлежало раку желудка– 9,3 на 100 тыс. мужского населения, что в структуре смертности мужчин от ЗНО соответствовало 17,2 %, на втором месте по уровню смертности располагался рак трахеи, бронхов и легкого – 6,4 на 100 тыс. мужского населения (15,5%), на

третьем месте был рак прямой кишки, который поднялся среди причин смертности мужского населения от ЗНО впервые на топовое место – 3,5 на 100 тыс. мужского населения (7,0 %).

Заключение. По результатам исследований видно, что смертность среди населения ежегодно снижается те только от онкологических патологий, но и в целом. Это говорит об увеличении средней продолжительности населения, который является частично влияющим фактором, приводящий к повышению заболеваемости. В настоящее время скрининговые программы в основном направлены на выявление раковых заболеваний у женщин (рак молочной железы, рак шейки матки). Учитывая результатов, в дальнейшем нужно внедрять в практику программ, направленных на выявление колоректальных опухолей у мужчин.

РОЛЬ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТ БЕЙКЕРА

Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Абдулазизов О.Н., Кадиров А.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Введение: Внедрение и широкое использование МРТ, МСКТ исследования в практике травматологии и ортопедии расширили представления о происхождений кист Бейкера. Распространенность кист Бейкера, выявленных по данным МРТ исследования колеблется от 5 до 20%. Чаще всего данная патология представлено с болью в коленном суставе и ограниченнем сгибания в суставе. Некоторые авторы утверждают что в происхождение кист Бейкера важную роль играют изменения внутрисуставных структур. Обычными методами исследования полностью охарактеризовать и изучить эти изменения не представлется возможным.

Материал и методы: Клинический материал включает 72 больных с кистой Бейкера обследованных на МРТ. Среди них женшин 51 (70,8%), мужщин 21 (29,1%), средний возраст составил 57 лет. МРТ выполнялась на аппарате Philips с напряженностю магнитного пола 1,5 Т. МРТ граммы изучались Т1 Т2 взвешанных изображениях. Выполненной в сагиттальной и коронарных проекциях на рабочей станции томографа проводилось качественная и количественная оценка кист Бейкера и расположенных рядом анатомических структур по следующим параметрам 1) размер, длина, ширина, высота и объём. 2) наличие соустья. 3) сопутствующая патология коленного сустава.

Результаты: Оценка размеров кист осуществлялась на мониторе рабочей стенки МР-Томографа с помощью электронной линейки. Средняя длина кист составила 32±1,7 мм (от 10 до 62 мм). В подавляющем большинстве случаев не превышало 40 мм у 37 (52,3%) больных. Средняя ширина кист составило 11-14 мм (от 6 до 30 мм). При этом в 19 (26,3%) она была в пределах 20 мм. Средняя высота кист достигало 62±1,2 мм. В 56 (77,7%) она не превышало 45 мм.

Оценка внутрысуставных изменений: признаки синовита в коленном суставе отмечено в 39 случаях, а проявление отека отмечена в 27 случаях. Разрывы одного из отделов мениска обнаружен в 41 (56,9%) случае.

Обсуждение: На развития и формирование кист Бейкера влияют внутрисуставные патологические изменения. Из внутрисуставных патологий нами были отмечены: разрыви мениска, гонартроз, синовит, бурсит.

Выводы: 1) МРТ исследование является высокоинформативным диагностическим методом позволяющей оценить как внутрисуставные патологические изменения и состояния кисты Бейкера с её морфологическими изменениями.

2) На основании МРТ исследования кист Бейкера можно выбрать оптимальную тактику лечения больных.

БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЗАМОНАВИЙ АРТРОСКОПИЯ УСУЛИДА ДАВОЛАШ

Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Абдулазизов О.Н.
Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Мавзунинг долзарблиги: Бейкер кистаси тизза бўғими сохасида (дорзал кисмида) 20% да учрайди. Тизза бўғими ичи структуралари билан боғликлиги, унинг туташган жойининг мавжудлиги хисобига тизза бўғимида гидродинамик босимни ортиши туфайли кистанинг хажми прогрессив равишда ортиб боради ва унинг атрофида жойлашган вена, артерия ва нерв томирларини доимий компрессияга учратади. Клиник белгиларнинг хосил бўлишига тизза бўғими ичи гидродинамик босимнинг ортиши, тақим ости кистасини тери остига синовиал қатлам билан бирга чиқиши сабаб бўлади. Бейкер кистасини даволашда мавжуд анъанавий услублар билан бартараф қилинганда (пункция-аспирация усули, очик усулда олиб ташлаш) 50% гача унинг кайталанишини кузатилади.

Тадқиқотнинг мақсади: Замонавий технологияларни қўллаган холда Бейкер кистасини даволаш натижаларини самарадорлигини орттиришдан иборат.

Клиник материаллар ва текшириш усуллари: АДТИ клиникалари ортопедия бўлимида, Республика ихтисослашган травматология ортопедия илмий амалий маркази спорт травма бўлимларида 2015-2020 йиллар давомида даволанган 96 беморнинг тахлилига асосланган. Беморларнинг ёши 23-67 ёшни ташкил этди. 59 нафар аёллар, 37 нафар эркакларда Бейкер кистаси аникланган. Касалликнинг давомийлиги 1-3 йилни ташкил этди. Этиологияси ўрганилганда беморлар куйидаги сабабларни келтирган: тизза бўғими яллиғланиши, артроз-артрити, олинган жарохатлар. Бу сабабий боғлиқлик билан Бейкер кистасини дастлабки белгиларни хосил бўлиши орасида 1 йилдан 3 йилгача бўлган вакт мезонини алохида инобатга олиш лозим бўлади. Беморларга ташхис қўйишда қуйидаги текширув усулларидан фойдаланилди: Рентгенологик, УТТ, МРТ-текшируви. Бу текшириш усуллари бир-бирини тўлдиради. Асосий хулоса МРТ маълумотларига асосланди.

Натижалар ва унинг мухокамаси: клиник гурухга кирган 96 беморнинг текширув натижалари қуйидагича бўлди: тизза бўғимини яллиғланиши 55 (60%), жарохатдан сўнги холати 24 (25%), идиопатик холат 17 (17,7%). Тизза ичи структураларини ўзгаришини аниклаш ва уни Бейкер кистаси билан биргаликда даволашни ташкил этиш бугунги кун талаби хисобланади. Артроскопик асбоб – ускуналарнинг ривожланиши тизза бўғимида ёпик эндоскопик усулда амалиётга бўлган кўрсатмаларни кенгайтирди. Амалиётда кўлланган Артроскопия услуби тизза бўғими ичи ўзгаришларини бир вактда бартараф килиш оркали Бейкер кистаси кобиғига таьсир этувчи гидродинамик босимни пасайтиради, киста билан туташган жойини коагуляция ёрдамида герметизация килиш имконини беради. Кистанинг амалиётдан кейинги даврда рецидивини бирламчи турғун профилактикасига эришилади. Бизнинг кузатувимизда бўлган 96 нафар беморнинг барчаси Артроскопия усулида операция килинди. Операция давомийлиги 20-30 дақиқани ташкил этди. Касалхонадаги ёток куни 3-5 кунга тўғри келди. Реабилитация даври эса 7 кунни ташкил этди. Беморларни операциядан кейинги кузатуви 3-6 ойни ўз ичига олди. Бу давр ичида барча 96 нафар беморда клиник белгиларнинг сўниши кузатилди. Рецедив холатлар аникланмади.

Олинган натижалар асосида **хулоса килиш** мумкинки:

1. Бейкер кистасини ташхислашда МРТ диагностикаси ўтказиш зарур.
2. Артроскопик даволаш натижалари ананавий усули билан таккосланганда жарохатланган тизза бўғими фаолиятини оптимал муддатда тикланиш имконини беради.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Улмасов М.В., Абдупаттоев Д.У., 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 видеолапароскопии 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 видеолапароскопия. 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 ретроперито-неальном расположении отростка превышает 80 %. Расширение показаний к лапароскопическим и ви-деоассистированным операциям позволяет значимо уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значимо 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 аппендицита 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умарова Г.Ш., Валиева К.Н.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент

Актуальность: Опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани занимают четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания и сахарного диабета. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани являются распространёнными как в Узбекистане, так и за рубежом. Частота доброкачественных опухолевых заболеваний опорно-двигательной системы составляет 2,5-5,2% среди всех опухолевых заболеваний.

Цель исследования: описать характеристику и возможности МСКТ в диагностике доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей.

Материалы и методы исследования: МСКТ исследование проводилось у 35 (31,3%) из 112 больных на 64-х срезовом аппарате Neusoft NeuViz 64 с тонкослойными срезами 1-1,5 мм на базе РСНПМЦТО , и на базе медицинского центра «Куксарой».

Результаты обследования: При экхондромах у 2 (100%) больных и энхон-дромах у 7 (100%) больных определялась одинаково неоднородная внутренняя структура очага. При оценке ее плотности показатели индекса Хаусфильда были равны +70 - +80, значения SD = 30-70, и mean 20-70. При этом они отличались лишь характером роста, при экхондроме рост был экспансивный, при энхондроме внутрикостный с тонкими и фестончатыми контурами и внутрикостным ростом .

Фиброзная дисплазия у 5 (100%) больных характеризовалась наличием эффекта матового стекла на уровне очага, где характеристики индекса Хаусфильда были равны 50-75, SD = 10-30, и mean = 35-50. Контуры при этом были умеренно склерозированы, фестончатые.

При простой костной кисте у 5 (100 %) больных определялась однородная внутренняя структура очага с показателями плотности - индекса Хаусфильда +5-+10 HU, значения SD = 1-7, и mean 35-45 с наличием склеротического ободка. Кортикальный слой при этом существенно не истончался.

При кистозных образованиях с наличием кортикального дефекта по типу фиброзно-кортикального дефекта у 2 (100 %) больных отмечался умеренно однородная внутренняя структура с наличием дефекта на уровне наружного кортикального слоя и умеренного уплотнения задней стенки очага. Характеристики внутренней структуры очага +1-20 HU, значения SD =10-20, и mean 40-50.

Остеоид остеома у 7 (100 %) больных проявляется в виде патологического очага именно в толще кортикального слоя кости, в виде участка уплотнения и утолщения кортикального слоя, с центральным участком пониженной эхогенности, при этом денситометрические показатели на данных участках будут существенно отличатся. Характеристики внутренней структуры очага – «нидуса» +50-+70 HU , значения SD =40-60, и mean 50-80. Тогда как на уровне склеротического вала будет +500-+1700 HU , значения SD =400-600, и mean 500-800.

Выводы: все МСКТ исследования были проведены как дополнительные уточняющие исследования при первичном осмотре. Данный подход позволял определить степень истончения стенок патологического очага, определить объём планируемой операции.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ У ПАЦИЕНТОВ С ГИНГИВИТОМ

Умарова Одинахон Нумановна
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гингивит — это воспаление десен, протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В отличие от пародонтита в патологический процесс вовлекается только десна. Однако это не уменьшает опасности заболевания — при отсутствии лечения воспаление может затронуть более глубокие ткани, и тогда появляется риск выпадения зубов.

Цель работы. Обосновать применение различных зубных паст для профилактики основных стоматологических заболеваний.

Задачи. Изучить интенсивность кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта у 17-20летних пациентов, определить уровень гигиены полости рта в данной возрастной группе, оценить эффективность применения комплекса профилактических мероприятий для улучшения гигиенического состояния полости рта и тканей пародонта в юношеском возрасте.

Методы и средства. Пациенты были разделены на две группы, в зависимости, от степени тяжести гингивита, им было предложено чистить зубы пастами, в состав, которых входили различные противовоспалительные компоненты.

Результаты исследования. Показатели индекса КПУ (з) составил в среднем 3,5. Уровень гигиены полости рта оценивалась как неудовлетворительный, при этом показатели индекса PHP колебался в пределах 1,7 – 4,1, а значения API в среднем составили 90%.

Выводы. У всех пациентов был выявлен гингивит легкой степени тяжести. Включение в зубную пасту компонентов малории, ромашки и мелисы привело к снижению воспалительных явлений в тканях пародонта на 82%. Для достижения наилучшего эффекта профилактики основных стоматологических заболеваний необходимо сочетание комплекса профилактических мероприятий, в которые включены индивидуальный подбор средств гигиены, в зависимости от тяжести поражений.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПО УХОДУ ПОЛОСТИ РТА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Умарова Одинахон Нумановна
Кафедра стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний
Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Оценить качество индивидуального подбора методов и средств для ухода за полостью рта детей в возрасте 4-5 лет.

Задачи. Изучить участие родителей по уходу за полостью рта детей при помощи анкетирования; определить гигиеническое состояние полости рта детей; разработать
индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта детей; выявить эффективность профилактических мероприятий у детей в возрасте 4-5 лет.

Методы и средства. Было проведено анкетирование 10 мам по вопросам выбора средств гигиены полости рта для себя и своих детей, а также стоматологического просвещения. В последующем были осмотрены их дети. Было определено гигиенического состояние полости рта детей при помощи индекса Федорова - Володкиной.

В ходе работы было определено, что гигиена у детей соответствовала плохому уровню. Были разработаны индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта, которые включали в себя: выбор зубной щетки и зубной пасты, а также метода чистки зубов. Было проведено стоматологическое просвещение родителей и детей. Через 3 недели было проведено повторное обследование детей, при котором был выявлен удовлетворительный уровень гигиены. Ещё через 3 недели – хороший уровень гигиены.

Выводы. В результате анкетирования удалось выяснить, что половина родителей приводят детей к врачу с профилактической целью. Проведенные профилактические мероприятия способствовали улучшению состояния гигиены полости рта в 2 раза. Контроль родителей за чисткой зубов своих детей должен продолжаться более длительный период до закрепления навыков по качественному уходу.

ХАЙВОНЛАРДА ГИПОТИРЕОЗ ХОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИ ВА КОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ТАСИРИ

Умматалиев Д.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жаррохлик кафедраси,
Тошкент Тиббиёт Академияси патафизиология кафедраси

Актуаллиги. Охирги даврларда эндокрин касалликларига экологияни, рухий зурикишларни ва б. ка факторларни тасирини профилактикаси камлиги туфайли гипо –гипертиреозни ортиб бориши кузатилмокда. Куплаб изланишларга карамасдан, организмни курашиш хусусиятига эндокрин безларини гормонларини тасирини ургани актуаллигича колмокда

Шу нарса фанга маълумки иммун системани нормада ва хархил касалликларида нейроэндокрин гормонлари асосий рол уйнайди. Калконсимон без хасталикларида аутоиммун тиреопатия асосий уринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида калконсимон безни иммун шамоллаши иммун статусни гипо ёки гипер холатда клиник узгаришига олиб келади.

Касалликни эрта даврида плазмада цитокинларни юкори даражада булиши, гипотиреозни ривожланишида иммун холатни бузилишидан дарак беради. Бу холат организмни носпецифик реактивлигини бузилиши – комплементга, лизоцимга ва айланаётган иммун комплексга тасиридан дарак беради.

Куплаб олимларни текширувларидан шу нарса малумки иммун тукималарини бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар хужайраларни активлашига олиб келиши хамон мунозарали булиб келмокда.

Максад. организмда носпецифик иммунитетни макерларини экспериментда ургани чикиш.

Материал ва метод. Экспериментда 40 та вазни 200-220 гр булган пародасиз эркак ок каламушларда гипотиреоз холатини чакирилди. Каламушлар 3 та гурухга булиб урганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гурухга 8 та каламуш, колган гурухларда 16 тадан булиниб тирозол бериш хисобига гипотиреоз хосил килинди. Уларга тирозолнисувли крахмал ёрдамида озоклантириб берилди, шунда улим холати кузатилмади. Гурухлар 8тадан 2 гурухга булиниб 10 ва 21 кунлари декапитализация килинди.

Назорат гурухига шунча сувни физиологик эритма хисобидан берилди.

Асосий гурухдан 10, 21 кунлари гипотиреоз маркерига (лизоцим, комплемент, ЦИК) га кон олиб текширилди. Олинган анализлар шуни курсатадики кон зардобидаги комплемент активлиги 10 кунда назорат гурухига караганда бир оз кутарилган (11,5% ; $p<0,001$), 21 кунда хам олдинги курсаткич буйича коляпти (10,7%; $P<0,001$). Тирозинни бериш мобайнида кон зардобидаги лизоцим микдори назорат гурухига нисбатан озайиб борди, 10 кунда -9,5%; $p< 0,05$, 21 кунда 15,8% $P< 0,001$; Зардобда айланиб юрувчи иммун комплекс (ЦИК) билинарли даражада пасайди 10 кун 32,2%; $P< 0,001$, 21 кунга келиб 39,4%; $p< 0,001$ га тенг булди.

3 чи гурухдаги хайвонларда 21 кунлик тирозол берилгандан сунг гипотиреоз холатини тулик чакирилиб уч гуруппачаларга булинди. Улар 5,10,20 кунлари текширилаётган тестлар кайтарилиб курилди. 5 чи кунда кон зардобидаги комплемент активлиги 5,2% га кутарилган, 10, 20 чи кунлари нисбатан нормадан пасайган (11,3%).

Гипотиреоз холатидаги хайвонларда кон зардобидаги лизацим микдори 5 чи кунда нормага якин булган. 10 чи кунга айтарлидаражада пасайган (23%; $p<0,001$), модел хосил булгандан кейинги 20 чи куни нормага якинлашди.

Олинган экспериментал маълумотлардан шуни аникласа буладики беморларда тиреоид гормонларини етишмовчилиги кон зардобида комплементларни пасайиб кетишига олиб келади. Шу каторда лизоцимни пасайишига ва конда айланиб юрувчи иммун комплексларини кутарилишига олиб келади. Бу холат организмда айтарли даражада ката узгаришларга олиб келади. Масалан гипотиреоз модели хосил килинган хайвонларнинг ташки куринишида ривожланиб борувчи гиподинамия юзага келиб, уларда юнгларида алопецияга ухшаш узгаришлар пайдо булди. Вазнини ортиши белгилари пайдо булди.

Хулоса. Демак гипотиреоз чакиришда тирозол препарати оргинизмда калконсимон безда тиропероксидазани ингибирует килиб, ТТГ гормонини хосил булишига тускинлик килади. Шундан куриниб турибдики гипотиреоз холати калконсимон безни активлигини пасайтиради. Бу хасталик калконсимон без хасталиги булиб нейроэндокрин системаси оркали бошкарилиши малум булди.

ТАЖРИБА КАЛАМУШЛАРИДА ГИПЕРТИРЕОЗ ХОЛАТИДА КОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСИГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИГА ТАСИРИ

Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У.,Кодиров М.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти Умумий жарроҳлик кафедраси,
Тошкент Тиббиёт Академияси патафизиология кафедраси

Актуаллиги. Эндокрин касалликларига ташки факторларни, экологияни узгаришини, салбий рухий тасирларни ва б. ка факторларни тасирини профилактикасига карамай гипо –гипертиреозни ортиб бориши кузатилмокда. Куплаб олимларни илмий изланишларга карамасдан, организмни курашиш хусусиятига, эндокрин безлари гормонларини тасирини ургани актуаллигича колмокда

Шу нарса фанга маълумки иммун системасини нормада ва хар хил касалликларини бошкарилишида нейроэндокрин гормонлари асосий рол уйнайди. Калконсимон без хасталикларида аутоиммун тиреопатия асосий уринлардан бирини эгаллайди. Улар асосида калконсимон безни иммун шамоллаши иммун статусни гипер ёки гипо холатда клиник узгаришига олиб келади.

Эндокринкасалликларини эрта даврида плазмада цитокинларни юкори даражада булиши, гипертиреозни ривожланишида иммун холатни бузилишидан дарак беради. Бу холат организмни носпецифик реактивлигини бузилиши – комплементга, лизоцимга ва кон плазмасида айланаётган иммун комплексга тасиридан дарак беради.

Охирги даврда куплаб олимларни текширувларидан шу нарса малумки калконсимон безни иммун тукималарини бузилиши иммун комплексида лизоцим, фагоцитар хужайраларни активлашига олиб келиши хамон мунозарали булиб келмокда.

Максад: организмда носпецифик иммунитетни макерларини экспериментда ургани чикиш.

Материал ва метод: Тажрибадада 40 та вазни 200-220 гр булган пародасиз эркак ок каламушларда гипотиреоз холатини чакирилди. Каламушлар 3 та гурухга булиб урганилди. Биринчи назорат (тегилмаган) гурухга 8 та каламуш, колган гурухларда 16 тадан булиниб тирозол бериш хисобига гипотиреоз хосил килинди. Уларга тирозолни сувли крахмал ёрдамида озоклантириб берилди, шунда улим холати кузатилмади. Гурухлар 8 тадан 2 гурухга булиниб 10 ва 21 кунлари декапитализация килинди.
Назорат гурухига шунча сувни физиологик эритма хисобидан берилди.
Асосий гурухдан модул хосил килишда 5, 10 кунлари, гипертиреоз хосил булгандан кейин 5, 10 кунлари кон олиб текширилди, гипертиреоз маркерларига (лизоцим, комплемент, ЦИК). Олинган анализлар шуни курсатадики кон зардобидаги комплемент активлиги 5 кунда назорат гурухига караганда бир хил нормада (24,6% ; P <0,001), лизоцим кайтанга пасайган (25,3%; p<0,001) ни хосил килади. L тироксинни 10 кун бериш кон зардобида айланаётган иммун комплексга нисбатан тасир килмади, назорат гурухи билан бир хил нормада (29,7%; p>0,05). Комплементни активлиги 5 чи кундаги билан бир хилда колмокда (25,0%; p<0,001) лекин бу юкори курсаткич. L тироксин берилгандан сунг 10 кунда лизосимнинг активлиги (10,7%; P<0,001) га ортади, леин 5 чи куни бу курсаткич(16,5%; p<0,001) ни ташкил килган. 10, 20 кунларда гипертиреоз холатидаги хайвонларда бу курсаткичлар куйидагича кон зардобида айланиб юрувчи иммун комплекс 10 чи кун нормага якин булса, 20 чи кун бу курсаткич (23%; P<0,001), кон зардобидаги комплемент активлиги 10 си кунда 45%; P<0,001 га тенг булса, 20 чи кун 37,% P0,001 га ортди. Кон таркибидаги лизосом активлиги 19,9% дан 69,7% P<0,001 га ортди. Гипертиреозда кон зардрбидаги айланувчи иммун комплекс астасекинлик билан ортиб (4,2%-27%) борди. L тироксинда чакирилган гипертиреоз холати экспериментал хайвонларда шуни курсатдики 5 ва 10 кунларда катта узгариш содир булмайди, бир оз концентрациясини ортиши юзага келади. Лекин 10 чи кундан бошлаб учала курсаткич хам кутарилиб организмга салбий тасирини курсатади.

Олинган экспериментал маълумотлардан шуни аникласа буладики беморларда тиреоид гормонларини ортиши кон зардобида комплементларни ортиб кетишига олиб келади. Шу каторда лизоцимни ортишига ва конда айланиб юрувчи иммун комплексларини кутарилишига хам кузатилади. Бу холат организмда айтарли даражада ката узгаришларга олиб келади. Масалан гипертиреоз модели хосил килинган хайвонларнинг ташки куринишида харакатини тезлашуви, бир жойда туролмаслиги, вазнини пасайиши, юнгларини тукилишикаби белгилари пайдо булди.

Организмдаги носпецифик иммунитетни урганишда шу нарса малум булдики калконсимон безни гиперфункцияси организмларни юкори даражада ишлашига ва уларни ички хусусиятларини пасайишига олиб келиб ташки тасирга тез бериладиган булиб колади.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ УЗЛОВОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.
Кафедра онкологи 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 инициирующим 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 соединительнотканных 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 аббераций или эпигеномных механизмов действия разнообразных канцерогенов физической, химической и биологической природы

Цель исследования. Изучить динамические сдвиги показателей провоспалительных и воспалительных цитокинов в крови больных узловой формой рака молочной железы (РМЖ) на ранних и метастатических стадиях развития заболевания.

Материалы и методы. Концентрацию цитокинов интерлейкина-1(^-1), интерлейкина-6 (^-6), интерлейкина-8(^-8), интерлейкина-10(^-10), фактор некроза опухоли альфа (TNF-a) 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 узловой формой РМЖ (морфологически инфильтративно-прото-ковая форма) на начальных (T1-2N0M0) и метастасических (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 цитоконового статуса, проявляющиеся повышением уровня в крови ^-1, ^-8, ^-10 и TNF-a. Значение ^-6 оставалось в пределах нормальных величин. Распространение неоплазии за пределы первичного очага (метастатические стадии болезни) неизменно сочеталось с более выраженными нарушениями цито-кинового профиля крови, на что указывало более резкое повышение содержания в крови ^-1, ^-8, ^-10 и TNF-a. Также впервые отмечено возрастание уровня ^-6 в крови.

Выводы. Мониторинг показателей содержания в крови ^-1, ^-6, ^-8, ^-10 и TNF-a может быть использован в качестве объективного критерия степени распространения неоплазии при РМЖ. Одним из важных признаков метастазирования опухолевых клеток является повышение уровня ^-6, не свойственной ранним стадиям развития заболевания.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Урманбаева Д.А.
Кафедра онкологи 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^C, 38^eЮTAAA, 3875delGTCT, Cys61Gly, 2080delA, 2963del10, 3747^A) и BRCA2 (6174delT, 1528delAAAA, 93^e1AAAA) в неотобранных выборках больных раком молочной железы и больных раком яичников в среди 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^C ^CA1) - 4,0% от выборки больных раком молочной железы, 12,1% от выборки больных раком яичников. Шесть мутаций (185delAG, 4153delA, 5382^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 гене BRCA1. Две мутации (38^eЮTAAA и 3875delGTCT в гене BRCA1) были найдены только у больных раком молочной железы. Мутации 2963del10, 3747^A в гене BRCA1 и 1528delAAAA, 93Ше1AAAA 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^C, Cys61Gly, 2080delA, 38^eЮTAAA, 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

Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра онкологи 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 анастезии 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 опухолеваялокальная 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 илиявляются 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

Урманбаева Д.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра онкологи 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 лимфузлов 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.

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.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

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%.

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 аутотрансплантанты (большая грудная мышцы 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-распростра-ненные 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% - онкопластиче-ские 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

Урманбоева Д.А.
Кафедра онкологи 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 адъ-ювантной лекарственной терапии рака молочной железы по схеме FAC, включающей в себя циклофосфан 500 мг/м2 + доксорубицин 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.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТАХ

Усманова Н А, Ёкубова З.А, Шодиева Э.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Оценка эффективности применения лазеротерапии у больных с хроническим тонзиллитом (ХТ).

Материал и методы. В лазерном центре клиники АГМИ в течении последних 3-х лет у 83 больных с ХТ проведена комплексная консервативная терапия (52 лиц мужского и 31 женского пола в возрасте от 16 до 60 лет). Из них ХТ простая форма первая степень наблюдался у 53 (63,8%) больных, ХТ простая форма вторая степень наблюдался у 7 (8,4%) и ХТ токсико-аллергическая форма у 18 (21,7%) больных.

Всех больных мы условно разделили на две группы. В обеих группах больных в комплекс консервативного лечения входило антибактериальная терапия, рассасывающая терапия, витаминотерапия, физиотерапия (УВЧ, соллюкс). Контрольную группу составили 41 (49,4%) больных, которым в комплекс консервативного лечения не входило лазеротерапия. Вторую основную группу составили 42 (50,6%) больных, которым в комплекс лечения входило лазеротерапия.

Для повышения эффективности лечения больных с ХТ и сокращения рецидивов была применена лазерная терапия посредством использования аппаратов «Узор», «Sogdiana» и «Милта», генерирующего в ближнем инфракрасном диапазоне (длина волны до 0,89 мкм) в импульсном режиме.

Метод лазеротерапии сеансы лазеротерапии проводили по 4-10 минут 2 раза в день в течении 7-10 дней на фоне общепринятых методов медикаментозного лечения больных. Метод воздействия - чрезкожный контактный, мощность излучения – 2 мвт, частота следования импульсов 1500 Гц, площадь облучения - 5,0 $см^2$, глубина проникновения – 5-8 см.

Результаты. Оценка эффективности лазерного облучения проводилась на основе клинико-лабораторных и рентгенологических исследований на 1, 7, 14 сутки.

При исследовании первой группы больных через 1, 3 месяцев после консервативного лечения у 12 (29,3%) больных из 41 обнаружен рецидив данного заболевания.

При исследовании второй группы больных через 1, 3 месяцев после проведения комплексного лечения с лазеротерапией у всех больных обнаружено полное выздоровление.

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что использование низкоинтенсивных полупроводниковых лазеров в комплексе консервативного лечения ХТ способствует более быстрому и эффективному выздоровлению больных данных ЛОР заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫЙ СРЕДНЫЙ ОТИТ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра ЛОР болезней
Андижанский государственный медицинский институт
Усманова Н.А., Шодиева Э.Ю., Ёкубова З.А.

Актуальность проблемы. В ЛОР практике чаще стали отмечать больных наружными отитами, различные методы лечения которых, как оториноларингологами так и дерматологами оказались безрезультатными.

Цель исследования. Определения эффективных методов диагностики и лечения больных с хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 45 больных хроническим гнойным средним отитом грибковой этиологии. Возраст больных от 5 до 56 лет, мужчин- 26, женщин-19. При осмотре у всех больных наряду с средним отитом отмечались кожные воспаления как ушной раковины, так и наружного слухового прохода. При этом наблюдались инфильтрация стенок в виде валикообразной утолщенности и гиперемия в костном отделе. Выдни мелкие грануляции, которые очень легко отторгаются, образуя несколько перфораций в барабанной перепонке. Окраска отделяемого зависила от вида гриба, так грибы Asperqillus nigra имеют интенсивную черно-коричневую окраску. Наличие желтовато-белых корочек характерно для плесновым микозам. Для диагностики был разработан экспресс-метод диагностики. Из уха брали отделяемое и под микроскопом были обнаружены обильно переплетенные нити мицелия, нередко обнаруживалось множество групп одно или двуконтурных спор, расположенных как вблизи мицелия, так и свободно лежащие головки. Наибольшим фунгоцидным действием по отношению к грибам обладают нистатин, нитрофунгин, хиназол, фунгифен.

Выводы. Полученные данные указывают о важности целенаправленного микологического обследования больных наружным отитом.

КАРОНОВИРУС И ГЛАЗ

Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов.
Андижанский государственный медицинский институт

COVID-19 вирус вызывает у людей широкий спектр заболеваний, поэтому перед началом респираторных симптомов нередко появляются офтальмологические. Для организма антигены COVID-19 чужеродны. Поэтому при попадании вируса на слизистые оболочки сразу начинается воспаление. Оно может быть, как интенсивными, так и незначительным.В ряде случаев воспалительный процесс сопровождается слезотечением. Во-первых, таким образом организм пытается отторгнуть вирус. Во-вторых, повышение продукции слезной жидкости может быть связано с раздражением конъюнктивы, вызванным воспалительной реакцией. Больные жалуются на слезоточивость, зуд и боль в покраснение глазах при коронавирусе. Это можетбыть как проявление болезни, так и ее последствия. У некоторых болезнь проходит практически незаметно, но могут быть осложнения, включая проблемы с сухостью глаз и нейроувеит сетчатки. Основная причина заключается в том, что инфекционная жидкость может легко загрязнить эпителий конъюнктивы. Офтальмологические осложнения появляются у 10-12% пациентов. Одним из основных признаков поражения органа зрения является глазная боль, которая напоминает ощущения при повышении внутриглазного давления и ретробульбарного неврита. При коронавирусе может появляться сухость, которая является свидетельством нарушения стабильности слезной пленки. Поэтому чтобы ускорить процесс ее восстановления, предотвратить пересыхание роговицы, организм активизирует выработку слезного секрета. Слезотечение также может возникать из-за проникновения патогенной микрофлоры в слезный канал.Одной из опасностей, которые могут угрожать пациентам, испытывающим глазную боль, зуд, покраснение глаз при коронавирусе является конъюнктивит. Есть ряд симптомов, свидетельствующих о наличии конъюнктивита при COVID-19: слезотечение, гной. Многим пациентам больно двигать глазными яблоками. Офтальмологические осложнения обычно появляются через несколько дней после окончания инкубационного периода коронавирусной инфекции, который составляет в среднем 4-14 дней. Лечение офтальмологических патологий обычно базируется на применении специальных капель для глаз при коронавирусе. Чаще всего это антибактери альные и противовирусные средства. В некоторых случаях могут назначаться иммуномодулирующие препараты местного действия. Для борьбы с сухостью могут назначаться увлажняющие мази, капли. Но выбор конкретного препарата лучше доверить врачу, поскольку самолечение в большинстве случаев приводит к развитию осложнений. Кроме того, даже если инфекция протекает в легкой форме, сопровождается незначительным зудом или покраснением, чтобы исключить опасные последствия, нужно обратиться за помощью к офтальмологу.

ВОЗРАСТНАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ

Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов.
Андижанский государственный медицинский институт

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - одно из самых распространенных заболеваний глаз, угрожающих значительным снижением зрения, слепотой и инвалидностью. Заболевание представляет собой двусторонний хронический дистрофический процесс с преимущественным поражением хориокапиллярного слоя хориоидеи стекловидной мембраны Бруха и слоя пигментного эпителия сетчатки.

За последнее время это заболевание диагностируется не только в пожилом, но и в молодом возрасте, что приводит к первичной инвалидности в 11% случаев у лиц трудоспособного возраста, а у по-

жилых - 28% случаев.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических факторов риска возникновения ВМД.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ВМД, находившихся на стационарном лечении в АОКБ. Возраст больных колебался от 41 до 75 года. Мужчин было 10 (40%), женщин - 15 (60%). Всем больным выполняли стандартное офтальмологическое обследование.

Результат исследования. По данным проведенного анализа больные были распределены по возрасту: 48-64 года - 5 человек (20%), 64-74 - 9 (36%), свыше 74 лет -11 человек (44%).

Соотношение городских и сельских жителей составило 76% и 24% соответственно. Большинство госпитализированных - пенсионеры 70% (18 человек), на служащих приходилось 30% (7 человек).

Вес больных колебался от 65 до 98 кг: у 2 пациентов (8%) вес - до 70 кг, от 70 до 80 кг - у 10 (40%), вес свыше 80 кг имели 13 человек, что составило 50%, при этом у 20 больных (80%) отмечено наличие избыточной массы тела (индекс ИМТ>25,0 кг\м^2).

Отмечено, что наиболее часто ВМД встречается у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 68%, в т.ч.: артериальная гипертензия - 35% (6), атеросклероз - 24% (4), атеросклероз с артериальной гипертензией - 24% (4), ИБС - 17% (3). 24% (6 больных) имели заболевания ЖКТ (холециститы - 4, панкреатиты - 1, гастриты -1), у одного больного - сахарный диабет длительностью более 10 лет, 1 пациент - с заболеваниями почек (гломерулонефрит).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ВМД встречается чаще (76% случаев) у городских жителей, в 60% - у женщин, у людей с избыточной массой тела (80%), у пациентов, имеющих сопутствующую патологию.

ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ ПРИ COVID-19

Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов
Андижанский государственный медицинский институт

Коронавирусная инфекция (COVID-19) – инфекционное заболевание, вызываемое недавно обнаруженным коронавирусом. Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений сетчатки из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс сетчатки. Британские ученые установили связь между воспалением глаз и коронавирусной инфекцией. Они считают, что боли в глазах следует признать одним из значимых симптомов раннего COVID-19. Результаты его опубликованы в журнале BMJ Open Ophthalmology.

Цель работы – определит ранных глазных симптомов и осложнения у больных, перенесших COVID-19.

Материалы и методы. Провели опрос среди пациентов с подтвержденным COVID-19 и составили перечень ранних симптомов заболевания. 23 участ- ника опроса заполняли анкету, в которой оценивали свое состояние до и после начала болезни. Наиболее часто сообщаемыми симптомами COVID-19 были: покраснения коньюнктивы и зуд — 19 больных опрошенных, боли при движения у 8 больных, внезапное снижания зрения до 0,01 — 0,02 и ниже 12 больных.Симптомы сохранялись до двух недель. Зделали визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, эхо- биометрия, тонометрия, ОКТ. В ходе оптической когерентной томографии (ОКТ) отмечалось резкий отек, с перестраиваемым источником визуализировалась плакоидная гиперрефлективная полоса на уровне ганглиозных клеток. Диск зрительного нерва отеяный, границы стушованный, сосуды расширены.

Выводы. Сегодня имеются ограниченные доказательства связи COVID-19 и поражений сетчатки из-за разнообразия клинических проявлений и тяжести заболевания. Эти факторы обуславливают появление различных морфологических паттернов вовлечения в процесс сетчатки, считают авторы.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Саматов Улугбек Абдумажидович
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса профессиональной гигиены полости рта у пациентов с сахарным диабетом (СД) и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии АГМИ г.Андижан. Нами было обследовано 30 пациентов с СД и диагнозом хронический

генерализованный пародонтит легкой степени тяжести в возрасте от 20 до 30 лет. Далее пациенты были разделены случайным образом на 2 группы по 15 человек. 1-й группе пациентов проводился комплекс профессиональной гигиены полости рта, включающий в себя снятие над- и поддесневых зубных отложений, полировку зубов, обучение и коррекцию индивидуальной гигиены полости рта, назначение лечебно-профилактической зубной пасты и ополаскивателя для полости рта для использования в течение месяца. Во 2-й группе также проводился комплекс вышеперечисленных мероприятий, а в дополнение была выполнена Vector- терапия аппаратом Vector Paro (Durr Dental, Германия). Через 4 недели пациенты были повторно обследованы по указанной выше схеме.

Результаты исследования. Результаты первичного анкетирования показали, что у половины пациентов (47,5 %) имеются жалобы на состояние полости рта. Так, 40 % опрошенных указали на повышенную кровоточивость десен при чистке зубов, а 57,5 % жаловались на гиперестезию твердых тканей зубов от холодного. Упрощенный индекс гигиены Грина-Вермилльона у пациентов с сахарным диабетом в целом находился на удов-
летворительном уровне, однако индекс налета на апроксимальных поверхностях зубов был достаточно высоким. Глубина зондирования пародонтальных карманов не превышала 4 мм, а на ортопантомограмме выявлялась резорбция костной ткани не более чем на 1/3 вершины межзубных перегородок, что соответствует установленному диагнозу хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. pH ротовой жидкости в среднем был ниже 7 единиц. Через месяц после проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта в 1-й группе пациентов выявлено улучшение гигиенического и пародонтологического статуса (снизились значения индексов: OHI-S, API, PMA, BOP). pH ротовой жидкости увеличился. Жалобы на кровоточивость остались лишь у 10 % пациентов, а чувствительность зубов от холодного сохранилась у 30 %. Около 70 % пациентов отметили улучшение состояния зубов и десен через 4 недели после проведенных мероприятий. Однако результаты повторного обследования во 2-й группе пациентов оказались более значимыми. Так, значения всех используемых индексов значительно снизились, что говорит
о более выраженном улучшении гигиены полости рта и состояния пародонта при использовании аппарата Vector. pH ротовой жидкости изменился в щелочную сторону. При этом жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов и гиперестезию сохранились всего у 30 % опрошенных. В целом, улучшение состояния полости рта было заметно 90 % пациентов

Выводы. У пациентов с СД типа и хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести в целом наблюдается неудовлетворительное состояние гигиены полости рта и выраженные признаки воспаления тканей пародонта). Однако после проведенного этапа профессиональной гигиены полости рта отмечается улучшение гигиенического и пародонтологического статуса в данной группе. Наибольшую эффективность показало применение аппарата Vector Paro в комплексе консервативного лечения пародонтита, что подтверждается более выраженными изменениями стоматологических индексов в лучшую сторону и снижением жалоб пациентов.

НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Саматов Улугбек Абдумажидович
Андижанский государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан

Цель. Создать способ индивидуального подбора средств гигиены полости рта для профилактики кариеса.

Материалы и методы. Исследовались зубные пасты «R.O.C.S.» с кальцием, «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, «R.O.C.S.» с фторидом натрия. В пробирку собирали ротовую жидкость пациента. Зубы очищали механически без использования зубной пасты, после чего производили измерение гидрофобности эмали зубов пациента по методу «сидячей капли». Из «банка зубов» подбирали зубы, удаленные по медицинским показаниям, гидрофобность эмали которых соответствовала гидрофобности эмали зубов пациента. В течение 20 секунд зубы очищали зубной щеткой средней жесткости с использованием исследуемого средства гигиены полости рта. В качестве контроля использовали зуб, без очищения средством гигиены. Зубы погружали в ротовую жидкость па
циента, и помещали в термостат при температуре 37 градусов. С интервалом исследования 1 час: определяли время появления зубной бляшки с помощью окрашивания раствором Шиллера-Писарева, поверхность зуба очищали от бляшки и производили оценку гидрофобности эмали зубов методом «сидячей капли».

Результаты. Начало роста зубной бляшки на зубе, без очищения средством гигиены, наблюдалось через 2 часа. Гидрофобность эмали под зубной бляшкой в среднем уменьшалась на 191 % от исходного значения. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с кальцием, начало роста зубной бляшки было

зарегистрировано через 3 часа. Гидрофобность уменьшалась в среднем на 186 %.При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с монофторфосфатом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 160 %. При использовании зубной пасты «R.O.C.S.» с фторидом натрия, начало роста зубной бляшки определялось через 3 часа после чистки исследуемого зуба. Гидрофобность эмали уменьшалась в среднем на 84 %. Непрерывное медицинское образование в стоматологии – от школьной скамьи до высот профессионализма Данные пасты замедляли скорость образования зубной бляшки с одинаковой эффективностью – на 50 %. Зубная паста, содержащая кальций, увеличивала гидрофобность всего на 5 %, по сравнению с гидрофобностью, на зубе, без очищения зубной пастой. Зубная паста, содержащая монофторфосфат натрия, увеличивала гидрофобность на 31 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия, увеличивала гидрофобность более чем в два раза – на 107 %. Зубная паста, содержащая фторид натрия в большей степени увеличивала резистентность эмали к действию кислоты.

Выводы. По полученным результатам необходимая кратность чистки зубов составила 4 раза в сутки (после каждого приёма пищи), а более эффективным противокариозным средством оказалась паста, содержащая фторид натрия. Данный метод исследования средств гигиены полости рта позволяет проводить оценку противокариозной эффективности средств гигиены полости рта, как с целью научных исследований, так и в клинике для индивидуального подбора средств гигиены. Метод позволяет динамично контролировать эффективность применяемых средств гигиены и при появлении признаков адаптации микроорганизмов ротовой жидкости к компонентам средств гигиены своевременно поменять его на более эффективные.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: СТОИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить стоимость обследования и лечения больных с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ) в зависимости от способа операции холецистэктомии (ХЭ).

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±8,4 года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. 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±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±3,3 года.

У всех больных контрольной и основной группы до и послеоперационном периоде проводили общеклинические методы обследования и комплексная медикаментозная терапия согласно по утвержденному протоколу Минздрава РУз.

Результаты и их обсуждение. У больных контрольной группы для общеклинического обследования всего затрачено 121 тыс. 594 сум. 30 коп., а у основной – 105 тыс. 748 сум. 70 коп. Очевидно, что при этом у больных основной группы финансовая затрата ниже на 13% и составил 15 тыс. 845 сум. 60 коп. У больных основной группы средняя стоимость медикаментозной терапии до и послеоперационном периоде для одного пациента составил 110 тыс. 843 сум 50 коп., что на 13,4% ниже чем контрольной группы – 128 тыс. 24 сум. 50 коп. Разница средней стоимости обследований и консервативной терапии до и послеоперационном периоде сосотавил 33 тыс. 26 сум. 60 коп., что на 13,2% ниже чем контрольной группы.

Оценка характера и количества анальгетиков, применяемых после операции, объективно характеризует степень травматичности операции. Так выраженность болевого синдрома в группе пациентов после МЛХЭ и ЛХЭ приблизительно одинакова. Наименьшее количество анальгетиков необходимое для оптимального обезболивания в послеоперационном периоде отмечено в группе ЛХЭ.

В большинстве наблюдений обезболивание проводилось в виде монотерапии баралгином. Средняя суточная доза баралгина составила 10-15 мл (5-7,5 г.), т.е. 2-3 раза в сутки внутримышечно в течение первых суток после операции. Вторые и третьи сутки послеоперационного периода болевой синдром купировался применением анальгина 2-3 раза в сутки (4-6 мл/2-3 г.).

В группе пациентов МЛХЭ в первые сутки послеоперационного периода для достижения адекватного обезболивания был применен промедол. Средняя доза промедола составила 20 мг/сутки (10 мг 1-2 раза внутримышечно в течение первых суток). Баралгин вводили в средней дозе 10-15 мл (5-7,5 г.)/сутки

в течение первых-вторых суток послеоперационного периода, в дальнейшем обезболивающую терапию проводили анальгином 2-3 раза в сутки (4-6 мл/2-3 г.).

Расходы на лечение больных в послеоперационном периоде составляют значительную часть от общей суммы затрат. Одним из основных компонентов послеоперационного лечения является купирование болевого синдрома.

Наименьший расход обезболивающих препаратов отмечен в группе пациентов после ЛХЭ. Для достижения оптимального обезболивающего эффекта было достаточно применения баралгина. **В** тоже время, в группе пациентов, перенесших холецистэктомию из минилапаротомного доступа, в большинстве случаев для достижения выраженного обезболивающего эффекта возникала необходимость применения наркотических анальгетиков (промедола).

При расчете стоимости обезболивающей терапии, кроме полной стоимости препарата, нами были учтены затраты, связанные с трудом персонала, стоимость расходных материалов. Затраты на труд персонала рассчитывали как произведение стоимости минуты работы специалиста на число минут, затраченных на манипуляции с препаратами. Оценку временных затрат персонала проводили путем прямого наблюдения и хронометража.

Стоимость применения препаратов, используемых для обезболивания, рассчитывали по одинаковой схеме с учетом всех затрат. По данной схеме были рассчитаны стоимость однократного применения препарата и общая стоимость обезболивающей терапии у пациентов, после холецистэктомии в зависимости от способа операции.

Продолжительность применения обезболивающих препаратов в разных группах пациентов также была неодинакова. Так в группе пациентов после МЛХЭ болевой синдром был наиболее продолжительным, что потребовало наибольшего использования обезболивающих препаратов.

В группах пациентов, перенесших ЛХЭ, выраженность болевого синдрома была сопоставима и требовала применения анальгетиков в первые 1-2 суток. Исходя из выше перечисленного, были рассчитаны затраты на обезболивающую терапию в послеоперационном периоде у пациентов различных групп исследования - ЛХЭ, МЛХЭ.

Общие суточные затраты на обезболивающей терапии в послеоперационном периоде при выполнении операции из минилапаротомного доступа составил – 47793,55 сум, а при ЛХЭ – 29485,5 сумов. При этом очевидно, что суточные затраты для обезболивающей терапии в послеоперационном периоде у больных перенесших ЛХЭ 1,62 раза меньше чем при МЛХЭ и экономическая эффективность составляет 38,3%.

При оценке стоимости лечения нами была учтена стоимость проведенных дней в стационаре. Расчет проводили исходя из рассчитанной бухгалтерией клиники АндГосМИ стоимости койко/дня для хирургического отделения. Вычисления проводили по ценам, утвержденным прайсом администрации клиники в исследуемых годах (2016-2020 гг.). Цены на 1 койко/дня в зависимости от инфляции в разные периоды были разными и мы исходя из этого вычисляли среднюю стоимость койко/дня, что это составило 82 тыс. 300 сумов в сутки на одного госпитализированного больного на платной основе.

В данную сумму не входили коммунальные расходы стационара, а также расходы, связанные с транспортом, ремонтом и сервисными услугами. Исходя из данных показателей пребывания больного в стационаре, мы рассчитали их влияние на конечную стоимость лечения в группах пациентов с применением различных оперативных методик.

Очевидно, что выполнение операции минилапаротомным способом доступа существенно продлевает пребывание пациента в стационаре. По сравнению с пациентами после ЛХЭ продолжительность лечения пациентов после МЛХЭ практически в 2 раза дольше. Это в свою очередь отражается на расходах стационара на лечение пациента. Так стоимость пребывания пациента, перенесшего МЛХЭ дороже на 326 тыс. 731 сум., чем пациента, перенесшего ЛХЭ.

Как было указано выше, общая стоимость лечения пациентов в стационаре складывается из расходов на ЭТН, операцию, обследований и консервативной терапии пред- и послеоперационном периоде, обезболивающей терапии в послеоперационном периоде и затрат на пребывание в стационаре.

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 зависило от продолжительности оперативного вмешательства. Разница стоимости операции составила 184 тыс. 511 сум. 54 коп., что МЛХЭ менее затратно в 2,1 раза (на 109,9%) чем ЛХЭ.

Стоимость обследований и консервативной терапии пред- и послеоперационном периоде, и стоимость обезболивающей терапии в послеоперационном периоде у которых выполнены ЛХЭ составил 246 тыс. 77 сум. 70 коп., и был в 1,2 раза дешевле (на 51 тыс. 334 сум. 65 коп.) чем МЛХЭ. При этом разница стоимости койко/дня составила 326 тыс. 731 сум., что МЛХЭ 2 раза дороже чем ЛХЭ.

Заключение. Таким образом, суммируя вышеуказанные затраты, очевидно, что стоимость лечения с применением ЛХЭ наименее ниже чем стоимости МЛХЭ на 15,31% и разница составила – 183 тыс.800 сум.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить особенности течения раннего послеоперационного периода 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±8,4 года. В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы.

Основную группу составили 977 (66,73%) больных, у которых выполнено лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Из них 372 (38,07%) мужчин и 605 (61,92%) женщин. Средний возраст больных в данной группе составил 52,7±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±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. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства. Малоинвазивные вмешательства при ХКХ выполняются с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после малоинвазивных операций (ЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при минимальных усилиях со стороны больного. Больные были активны с первых суток после операции.

У пациентов после ЛХЭ средний послеоперационный койко-день составил 3,71±0,3 дня. У пациентов, которым была выполнена ХЭ из минидоступа, средний койко-день составил 7,68±0,5 дня. При этом пациенты позже начинают подниматься с постели. Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависит от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается.

Клинический анализ результатов показал, что обоснованное применение минилапаротомного доступа при операциях на желчном пузыре заметно уменьшает раневые осложнения. При этом также отмечается снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы, что позволяет, в конечном итоге, улучшить результаты лечения при предложенном подходе к лечению больных с ХКХ.

Заключение. Таким образом, анализ результатов проведенных исследований показал высокую эффективность малоинвазивных методов лечения больных с ХКХ. ЛХЭ позволил сократить общую частоту осложнений (на 2,1 раза) и летальности (в 2 раза) в основной группе по сравнению контрольной. Сравнительный анализ по всем клиническим параметрам показал все преимущества лапароскопического способа у пациентов с ХКХ, который позволил сократить средние сроки послеоперационного койко/дня на 3,97 суток.

КЎЗ ТЎР ПАРДА КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Т.Ж.Усманова, Д. Жалолиддинов
Андижон давлат тиббиёт институти

Замонавий офтальмологик технологияларнинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг тўр пардасидаги барча бирламчи касалликларни ўз вақтида диагностика қилиш ва ташхис қўйиш имконини беряпти.

Мавзу мақсади: Илмий текшириш ишларини олиб боришдан мақсад бирламчи беморлар кўз тўр пардасини Гониолинза ва оптикоконгирент томография орқали текшириб диагностика қилиш ва касалликни тўлиқ ўрганиш.

Материал ва методи: Шифохонага 2020 йилда келган беморлар шикояти асосида касаллик биринчи марат аниқланган 200 бемор ва диагностика мақсадида бирламчи 150 бемор “Гониолинза” ва оптикоконгирент томография ёрдамида текширувдан ўтказилди. Текширув учун асосан тўр парда касалликларини келтириб чиқарувчи биологик ва социал факторлар, қандли диабет, хафақон касаллиги,коллогеноз касалликлари , туберкулез, ОИТС билан оғриган беморлар олинди. Беморлар текширувга тайёрлашда шикоят қилган кўзнинг кўриш ўткирлиги аниқланиб, кўз ички босими ўлчанди, сўнгра қорачиқни кенгайтириш миқсадида 1 % ли Мидральгин томчиси томизилди ҳамда 20 дақиқадан сўнг текширувга киритилди.

Натижа: Текширувдан ўтказилган беморлар 3 гуруҳга бўлинди:

1- гуруҳ. Бирламчи кўрув органида шикояти билан келган 100 нафар беморлар;

2-гуруҳ. Кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар (диабетик ретинопатия, нейроретинопатия, гипертония, КНД атрофияси, тўр пардага қон қуйилиши, тўр парданинг кўчиши)дан азият чеккан 145 нафар бемор;

3-гуруҳ. Клиник рефракция ва бинокуляр кўришнинг бузилиш касалликлари - (Миопия гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) билан 55 нафар бемор.

1- гуруҳда бирламчи текширувга келган беморлардан 36 нафарида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар, 2 нафар беморда тўр парда ва сариқ доғ атрофида улкан ҳажмдаги қон қуйилишлар аниқланди. Қолган 64 беморда тўр парда ўзгаришсиз ҳолда бўлди.

2-гуруҳда кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (қандли диабет, гипертония, тўр пардага қон қуйилиши, тўр парданинг кўчиши) билан 135нафар бемор; Иккинчи гуруҳдаги беморларда асосан умумий касалликларнинг асорати сифатида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар келиб чиққан. **3-гуруҳ**. Клиник рефракция ва бинокуляр кўришнинг бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз)дан азият чеккан 155 нафар бемор. Гуруҳда 36 нафар беморда миопик хориоретинит турли ҳолатда, 9 нафар беморда экссудатив хориопатия, 10 нафар беморда дегенератив ўчоқлар аниқланди.

Хулоса: Беморларни офтальмолог кўригидан ўтказишда, шикоятига асосан диагностик ва профилактик текшируви “Гониолинза” ва оптикоконгрент томография ёрдамида олиб борилиши энг яхши самара беради, кўрув аъзолари фаолиятини сақлаб қолади ҳамда турли асоратларнинг олдини олади.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Т.Ж.Усманова., Д.Л.Жалолиддинов
Андижон давлат тиббиёт институти

Офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг турли хилдаги сурункали ва юқумли касалликларини анъанавий усулларда даволашда кўпгина мувоффақиятларга эришмоқда.

Бактериал конъюктивит кейинги вақтларда жуда кўп тарқалиб, кўпроқ болаларда, касаллик узоқ давом этиши ва тез юқиши билан характерланяпти. Касаллик узоқ давом этмайди. Яллиғланиш асосан стафилококк, стрептококк, микобактериялар таъсири остида пайдо бўлади.

Яллиғланиш ҳолатининг юзага келишида микробиологик омилнинг устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга қарши дори воситаларига алоҳида эътибор берилади.

Маълумки, бактерияга қарши дори воситаларини нафақат бактерияга балки яллиғланишга қарши самараси ҳам бор.

Олиб борилган кузатишлардан мақсад бемор кўзидаги бактериал конъюнктвитни даволаш жараёнида АЙФЛОКС (Ципрофлакцасин 0,3%) кўз томчисининг натижаларини кузатиш.

Материал ва услублар. Шифохонада 2 ой давомида 47 амбулатор бемор бактериал конъюнктвит билан кўрикдан ўтган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб даволанди. 1-гуруҳдаги 27 нафар бемор бактериал конъюнктвитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гуруҳдаги 50 тнафар бемор айфлокс препарати билан даволанди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик 10- 15 кун давом этди, иккинчи гуруҳдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди.

Олинган кўрсаткичлар таҳлили натижасида кўрсатилишича, иккала гуруҳда ҳам касалликни чақирувчиси турли хил бактериялар, касалликнинг клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа ҳар хил.

1. Биринчи гуруҳдаги 27 нафар бактериал конъюктвит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари билан даволанди. Ўртача даволаниш 10-15 кунни ташкил этди.

2. Иккинчи гуруҳдаги 20 нафар бактериал конъюктвит билан оғриган бемор айфлокс препарати билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0.

Муҳокама. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, кўздаги турли хилдаги вирусларга қарши тез ва самарали даволаш учун айфлоксни тавсия этиш касалликнинг узоқ давом этиши ва асоратларининг олдини олади.

Хулоса.

1. Бактериал конъюктвитларда айфлокс препаратини қўллаш кўзда оддий муҳитни яратишга имкон беради.

2. Айфлокс препарати кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилайди, иккиламчи яллиғланишни олдини олади.

НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА

Т.Ж. Усманова
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Неоваскуляр глаукомалар- (НГ) патогенези ҳали тўлиқ ўрганилмаган. Натижада касалликни диагностикаси қилиш ва даволашда патогенетик ёндашувга имкон бермайди. Неоваскуляр глаукома(НГ)га хос белгилар: кўздаги оғриқ, кўздан ёш оқиши, кўришнинг ёмонлашиши, кўз сатҳида димланишли инъекция, шиш ҳисобидан хиралашган шох парда, саёз олд камера, ўртача катталашган ҳамда фотореакциясиз қорачиқ. Кўз ички босими юқори. Неоваскуляр глаукомалар (НГ) ни даволаш амалиёти 2 босқичда амалга оширилади: консерватив(гипотензив терапия) ва оператив даво. Шу ўринда лазер жарроҳлигининг қўлланилиши ўзига хос хусусиятга эга эканлигини эслатиб ўтиш лозим.

Материал ва методлари.Андижон вилоят кўз касалликларида 2020 йилнинг 6 ойи давомида неоваскуляр глаукома(НГ) сабаби билан 8 беморга тиббий хизмат кўрсатилган.Жумладан 2 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор, аёллар кўпроқ- бу илмий адабиётлардаги статистикага мос келади. Ёшига кўра: 46-55 ёшдаги диабетик беморлар-4; 55-65 ёшдагилар-4; Аксарият беморлар касалликнинг 1-3 кунида мурожаат этишган.

Беморлар Андижон вилоят офталмология шифохонаси (АВОШ) стандарт текширувлардан ўтказилди.Гипотензив терапия адреноблокатор (тимолол 0,5%) қўллашдан иборат бўлди. Шифохонага ётқизилаётган беморларда хаста кўздаги КИБнинг ўртача кўрсатгичи-34,91 мм Hg уст (Маклаков тонометрида ўлчанганда). Жарроҳлик КИБнинг ўртача кўрсатгичи 18 мм Hg уст да амалга оширилган. Ўтказилган жарроҳлик амалиётининг турларига кўра: 4 ҳолатда оператив даво 2 консерватив даво ўтказилди. 2 ҳолатда беморларда операциядан кейинги увеит ривожланиши билан боғлиқ даволаш жараёни сабабли ўрин куни-7 кунни ташкил этди. Шифохонада 2020 йилнинг 6 ой даврида бажарилган неоваскуляр глаукомалар сабабли бажарилган амалиётлар улуши 2,68% ташкил этади.

Хулосалар. Неоваскуляр глаукомалар (НГ) офталмологлар учун долзарб мавзу сифатида ўз аҳамиятини сақламоқда. Стационаргача бўлган босқичда неоваскуляр глаукомани стандартлар асосида тўлиқ текширувини ташкил этиш ва бунда касалликнинг илк белгилари даврида эрта аниқлаш мукаммал даволашнинг муҳим шартидир. Олд камера чукурлиги, гавҳар қалинлиги ва ирисгавҳар диафрагмасининг ҳолати каби ўзгарувчан параметрларни баҳолашда замонавий текшириш усуллари (УБМ)дан кенг фойдаланиш зарур.Пировард мақсад неоваскуляр глаукома сони ва улар сабабли бажариладиган жарроҳлик сонини камайтириш.

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ» РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Цель исследования. Изучить «затраты/эффективность» различных способов холецистэктомии (ХЭ) у больных с хроническим калькулёзным холециститом (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±8,4 года.

В зависимости от метода оперативного лечения пациентов разделили на 2 группы. 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±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±3,3 года.

У всех больных контрольной и основной группы до и послеоперационном периоде проводили общеклинические методы обследования и комплексная медикаментозная терапия согласно по утвержденному протоколу Минздрава РУз.

Анализ проводили по формуле CEA = DC/Ef, где CEA – соотношение затраты/эффективность, DC – прямые затраты, Ef – эффективность лечения для каждого из способов оперативного лечения. В качестве критерия эффективности каждого из способов операции холецистэктомии нами выбран показатель предотвращенных осложнений как наиболее доступный показатель эффективности лечения. В качестве показателя прямых затрат на лечение пациентов была взята сумма расходов с учетом утвержденных тарифов клиники для платной основы.

Результаты и их обсуждение. Так наименее эффективным оказывается выполнение операции из минилапаротомного доступа. Частота осложнений при применении этой методики наибольшая, а показатель предотвращенных осложнений, соответственно, наименьший. Частота осложнений при выполнении операции малоинвазивными способами значительно ниже и сопоставима при выполнении ЛХЭ.

Расчет показателя затраты/эффективность проводили отдельно для анализа затрат при ХКХ. При этом соотношение затрат и клинической эффективности мы рассчитывали с учетом применения одинаковых способов обезболивания.

По результатом анализа полученных данных, наименее выгодна по затратам на лечение пациентов с ХКХ минилапаротомная холецистэктомия. Этот способ операции характеризуется наибольшими затратами на лечение и вместе с тем обладает наименьшей клинической эффективностью по сравнению ЛХЭ. Так соотношение затраты/эффективность при МЛХЭ составило 1 млн. 237 тыс. 642 сум. 40 коп. Наиболее экономически выгодным выглядит способ ЛХЭ: затраты на лечение пациентов наименьшие и вместе с тем низкая частота интра- и послеоперационных осложнений.

Соотношение затраты/эффективность при ЛХЭ составляет 1 млн. 26 тыс. 983 сум., что клинико-экономический эффективность выше на 17% (210 тыс. 659 сум. 40 коп.) чем МЛХЭ.

Заключение. Таким образом, исходя из представленных данных, очевидно, что малоинвазивные технологии оказываются более экономичными. Так ЛХЭ характеризуется высокой себестоимостью, однако обладает наиболее высокой клинической эффективностью, низким уровнем осложнений. Это делает расходы на лечение этим оперативным способом пациентов меньшими, чем при использовании минилапаротомного способа операции.

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 киши, 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.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПОНЕНТА СКРИНИНГА В МАММОЛОГИИ

Фазылов А.А., Расулова М.М.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Введение. Планирование и проведение ультразвукового исследования молочных желез женщин при сплошных и селективных профилактических скрининговых обследованиях является одной из актуальных проблем здравоохранения. В организационном аспекте первостепенное значение имеет подготовка команды первичного звена здравоохранения для осуществления программ скрининга молочных желез.

Цель. Определить роль и место первичного звена здравоохранения и ультразвукового компонента скрининга в маммологии при и селективных обследованиях женщин.

Материал и методы. Проведено клинико-патогенетическое и эхографическое скрининговое исследование молочных желез 872 женщинам в возрасте 15-73 лет в рамках Акции «Высокие технологии улучшают доступ к здоровью женщин» в Самаркандской и Андижанской областях совместно с представительством Германского общества по сотрудничеству (GIZ) в Узбекистане. Пилотный проект осуществлен на выкотехнологичных ультразвуковых аппаратах с использованием линейных датчиками частотой 7,5-13 МГц. При активном участии профессорско-преподавательского состава кафедр Андижанского медицинского института и областных филиалов Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии для врачей семейных поликлиник были проведены семинары по онкологической настороженности и формирования группы повышенного риска в маммологии. Сотрудниками кафедры ультразвуковой диагностики Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан для специалистов ультразвуковой диагностики пилотных областей проведены семинары по 18 часовой программе и мастер-классы, посвященные ультразвуковому компоненту скрининга в маммологии, технологии проведения ультразвукового исследования молочных желез и вопросам клинического применения международной классификации US BI-RADS.

Результаты. Возрастные и функциональные особенности молочных желез оценены у 357(40,9%) женщин, подозрение на рак молочной железы выявлен у 15 (1,7%) пациенток, фиброзно-кистозные изменения выявлены у 102 (11,6%) женщин, фиброзные изменения у 164 (18,8%), диффузный аденоз у 23 (2,6%), кисты у 129 (14,8%), фиброаденомы у 39 (4,5%), лимфаденопатии внутриорганных лимфатических узлов у 13 (1,5%), липомы у 11 (1,3%), патологическое расширение протоков у 15 (1,7%), внутрипротококковые папилломы у 3 (0,34%), атеромы кожи молочных желез у 2 (0,23%) женщин. В рамках данного мероприятия проведена наставническая работа в процессе проведения скринингового ультразвукового исследования молочных желез женщин и разбор сложных клинических случаев. Это позволило совершенствовать процесс закрепления навыков специалистами ультразвуковой диагностики Самаркандской и Андижанской областей по стандартному ультразвуковому исследованию молочных желез, протоколирования и интерпретации эхографического заключения по US BI-RADS категории.

Выводы. Исследования подтвердили важную роль взаимосвязи врачей первичного звена здравоохранения, специалистов ультразвуковой диагностики, рентгенологов, маммологов и морфологов в первичной диагностике заболеваний молочных желез. Это определило показание и применение современных технологий медицинской визуализации для уточнения характера заболевания по категории BI-RADS, своевременного выявления рака молочной железы в ранней стадии и формирования групп риска для периодического клинико-эхографического наблюдения

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНИШИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Хакимов Акмал Абдухакимович
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Юз-жағ сохаси жарохатлари орасида пастки жағ суяги синишлари энг кўп кузатилади (77% дан 95% гача). Охирги йилларда нафақат юз суяклари синган беморлар сони кўпайди, балки транспорт жарохатлари хисобига тананинг бир нечта сохаси зарарланиши ва беморларнинг умумий ахволи оғирлашиш кўрсаткичлари хам ўсди. Юз суяклари жарохатланган беморлар стационар даволанаётган стоматологик беморларнинг 30% ини ташкил этади. Пастки жағ суяги синишини даволаш тарихи бир неча юз йилга бориб тақалади. Бу ўтган вақт давомида бир неча даволаш усуллари ва фиксацияловчи қурилмалар

ишлаб чиқилди, суяк тўқимаси регенерациясини тезлаштирувчи препаратлар ва физиотерапевтик усуллар таклиф этилди. Адабиётлар маьлумотларини ўрганиш натижасида пастки жағ суяги синиши ва уни даволаш муаммолари бўйича охирги йилларда каттагина ютуқларга эришилганлигини хулоса қилиш мумкин. Бир неча йиллар аввал бўлакларни доимий фиксациялаш асосан тиш усти халқасимон шиналари орқали амалга оширилган. Бу усулда фиксациялаш ўзига яраша мусбат сифатларга эга бўлиши билан биргаликда мутахасисларга яхши маьлум бўлган камчиларга хам эга. Жағ суяклари синишларини замонавий даволаш суяк жарохатларининг бирламчи битишини таьминловчи репаратив регенерация учун оптимал шароит яратишга асосланган. Жағ суяклари остеосинтези учун ишлаб чиқилган принциплар: бўлакларнинг аниқ репозицияси; бўлаклар синиқ юзаларининг бир-бирига тўлиқ тегиб туришини таьминлаш; бўлакларни турғун фиксациясига эришиш. Юқоридаги припципларга асосланиш эрта муддатда бирламчи суяк битишига эришишни таьминлайди. Бу талабларнинг барчасига ишлаб чиқарувчилар фикрича титан пластина ва минивинтлар жавоб беради.

Ишнинг мақсади: Пастки жағ суяги тиш қаторидан синганда халқасимон шиналар ва титан пластина, минивинтлар билан даволаш эффективлигини таққослаш.

Материал ва методлар. Беморлар РШТЁИМ АФ ва “Prof Med Service” хусусий клиникасида кўрилди. Беморлар икки гурухга бўлиб ўрганилди. 1-гурух 20 та беморда пастки жағ суяги халқасимон шина ёрдамида иммобилизация қилинди. 2-гурух 20 та беморда титан пластина ва минивинтлар ёрдамида остеосинтез усули қўлланилди.

Клиник-статистик ўрганишлар 18-45 ёшдаги пастки жағ суяги тиш қаторидан синган 40 та беморда олиб борилди. Беморлардан анамнез йиғилди, ташқи кўрик амалга оширилди, клиник ва лабаратор текширувлар ўтказилди, мурожаат қилган вақтда ва операциядан сўнг рентгенологик текширув ўтказилди. Диаметри 1,5 мм, узунлиги 9 мм бўлган титан минивинт ва пластина хамда 1,8-2,2 мм ли алюмин халқасимон шинадан фойдаланилди.

Натижа ва хулосалар. Операциядан кейинги беморлар холати қуйидаги критериялар бўйича бахоланди: мехнат фаолиятининг тикланиши; чайнов функциясининг тикланиши; операциядан кейинги асоратларнинг кузатилиш хавфи; ўтказилган манипуляцияга боғлиқ холда соматик касалликлар зўрайиши.

Ўтказилган изланишлар натижасида қуйидаги натижаларга эга бўлдик: иккинчи гурухда 18 та беморда (90%) пародонт тўқимасининг енгил жарохати кузатилди, 2 та беморда эса (10%) –ўртача оғирликда,1-гурухда 8 та беморда (40%) ўртача оғирликдаги парадонт тўқимаси жарохати кузатилди, 12 та беморда эса (60%) – парадонт тўқимасида узоқ вақт реаблитация талаб этувчи оғир жарохатлар кузатилди.

Чайнов функцияси остеосинтез операцияси ўтказилган беморларда операциядан кейин 3-5 суткада тикланди. Халқасимон шина қўйилган беморларда эса чайнов функцияси шиналар оғиз бўшлиғидан олингандан сўнг 4 хафтадан кейин тикланди.

1-гурух беморларида овқатланишнинг бузулиши хисобига ошқозон-ичак касалликлари зўрайиши кузатилди. 2 та беморда сурункали гастрит ва 1 та беморда сурункали холецистит ўткирлашди. 2-гурух беморларида чайнов функциясининг эрта тикланиши хисобига бундай паталогик ўзгаришлар кузатилмади.

Мехнат фаолиятининг бутунлай тикланиши 2-гурух беморларида 14 суткага тўғри келди, 1-гурухда эса бу муддат 35 кундан 43 кунгача чўзилди.

Хулосалар. Пастки жағ суяги тиш қаторидан синган беморларни даволаш усулларини таққослаб титан пластина ва минивинтлар билан остеосинтез усулида даволаш нисбатан эффектив усул деган хулосага келдик. Бу усул беморларнинг мехнатга лаёқатсизлик муддатини 3 маротаба қисқартирди, парадонт тўқимаси ва тишлар травмасини олдини олиш имконини берди, шунингдек чайнов функциясининг эрта тикланишига сабаб бўлди, натижада ошқозон-ичак тизими касалликлари зўрайиши олди олинди.

ПРИМЕНЕНИЕ УГЛОМЕРА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ТОЧЕК ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ

Хакимов А.Д., Азизова А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С., Махмудов А.А
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент.
(Директор – д.м.н. М.Э.Ирисметов)

В РСНПМЦ Травматологии и ортопедии было разработано и внедрено устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями. Устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями используют следующим образом.

Предварительно определяют на МСКТ угол градуса для ремирования истинной вертлужной впадины (от 40º до 60º). Настраивают устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями и для определения точки ремирования истинной вертлужной. На транспортире осевой

мерной шкалой выводят необходимый угол, крепят его с помощью передвижной муфты транспортира винтом отверткой; и стерилизуют.

При оперативном лечении. В положении лежа на здоровом боку, под спинномозговой анестезией, трехкратно обрабатывают нижнюю конечность: от кончиков пальцев до гребня подвздошной кости, 2% раствором йода и спиртом. Разрез делается 8 см от верхушки большого вертела до верхней трети бедра. Рассекают послойно кожу, подкожную клетчатку и широкую фасцию бедра. Параллельно с этим, проводят тщательный гемостаз. Рассекают фасцию по ходу волокон, затем - сухожильную часть средней ягодичной мышцы от места прикрепления к большому вертелу, далее рассекают капсулу сустава. На латеральной и медиальной сторонах шейки бедра устанавливают два узких ретрактора «Hochman». Капсулу вскрывают. Ассистент проводит наружную ротацию с приведением бедра до полного вывиха головки бедра. После проводят распиливание маятниковой пилой шейки бедренной кости на уровне линии Адамса с удалением головки. Производят полное иссечение капсулы сустава.

Цель исследования: модифицированная методика измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями и для определения точки ремирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе с применением угломера

Результаты и методы исследования: в качестве наглядности приводим следующий пример:

Больной Т., 1967 года рождения, история болезни № 652, поступил в отделение 29.01.2019 г., с диагнозом: Левосторонний диспластический коксартроз III ст., ФНС II, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Больной оперирован 31.01.2019 г.

Угол градуса истинной вертлужной впадины, определенный на МСКТ - (45º), выведен на транспортире осевой мерной шкалой и закреплен с помощью передвижной муфты транспортира винтом отверткой. После проведена обработка вертлужной впадины, т.е. удалены остатки круглой связки и изменённого хряща с помощью шаровых фрез.

Определен размер вертлужного компонента имплантата, установлены бесцементный вертлужный компонент (№48) и вкладыш. Полым остеотомом и рашпилем проведена обработка канала бедренной кости с соблюдением направления оси бедра и антеверзии в 15º.

Бедренный канал с помощью развертки и рашпиля подготовлен к протезированию. В бедренный канал установлены бесцементная ножка (Zimmer №5), головка (28+3.5). Произведены вправление эндопротеза, тщательный туалет раны, гемостаз.

Движения в тазобедренном суставе в полном объеме, длина восстановлена. Оставлена полимерная трубка для дренирования. На рану наложены послойные асептические швы, асептическая повязка.

На четвертые сутки разрешено частичная нагрузка ногу с помощью костылей. Швы сняты на 18 день после операции. Больной выписан 12.02.2019 г. в удовлетворительном состоянии.

Ближайшие результаты лечения в сроки до 6 месяцев после операции изучены у 22 больных. При этом больные вели активный образ жизни, передвигались без дополнительной опоры отсутствовал болевой синдром, но допускались небольшие анатомическими нарушениями, существенно не влияющими на функцию конечности в виде укорочения конечности в пределах 1-1,5 см, ограничение движений в тазобедренном суставах в пределах не более 10 градусов.

Отдаленные результаты в сроки от 1 до 2 лет после операции изучены у всех больных. При изучении главное внимание обращали на бытовую и производственную активность и опорную функцию конечности. Хороший результат отмечен в 95,5% случаев, тогда как удовлетворительный в 4,5%.

Таким образом, устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями не травматично, удобно и просто в использовании. Позволяет точно определить угол между плоскостными образованьями и точку ремирования в истинной вертлужной впадине для централизации вертлужного компонента у больных диспластическим коксартрозом. Всё это способствует уменьшению болевого синдрома, повышению стабильности эндопротеза и более ранней активизации больных. Рекомендуется к широкому использованию в практической медицине.

Выводы: Модифицированная методика измерения угла между плоскостными анатомическими образованиями и для определения точки ремирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксартрозе позволяет точно определить между ними угол.

Угломер позволяет центрировать точку ремирования в истинной вертлужной впадине, для правильной установки вертлужного компонента. Всё это способствует повышению стабильности и продлевает срок службы эндопротеза, дает возможность устранить болевой синдром и позволяет более ранно активизировать больного.

ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ МСКТ КАК ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБОСНОВАНИЯ УСТАНОВКИ ВЕРТЛУЖНОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕНОГО СУСТАВА

Хакимов А.Д., Азизова А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С., Махмудов А.А
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент.
(Директор – д.м.н. М.Э.Ирисметов)

Диспластический коксартроз это особый вид дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава, проявляющийся деформацией, дезорганизацией и пространственным несоответствием всех его компонентов и структур. Несмотря на своевременное раннее выявление врожденного недоразвития элементов тазобедренного сустава, проблема диагностики и лечения диспластического коксартроза остается до настоящего времени далекой от окончательного разрешения [4, 6, 9].

В последние годы отмечается рост заболеваемости тазобедренного сустава и выявление заболевания в более ранних возрастных группах, причем в запущенных формах, что в свою очередь приводит к стойкой инвалидности от 38% до 71% случаев [2, 3, 13]. Таким образом, своевременная диагностика коксартроза необходима для решения не только медицинских, но и социальных проблем. Решающее значение в диагностике коксартроза принадлежит лучевым методам [5, 12].

Пусковым механизмом развития коксартроза являются изменения параметров и морфологии гиалинового хряща. В результате многочисленных исследований было установлено, что дегенерация хряща увеличивается по мере прогрессирования стадии заболевания, причем дегенерация хряща впадины способствует развитию аналогичного процесса в головке бедренной кости [6, 7, 8]. Гиалиновый хрящ поражается намного чаще в вертлужной впадине, чем в головке: 72,2% и 16,7% соответственно. Страдает в основном передневерхняя порция вертлужной впадины [9]

Среди факторов возникновения коксартроза дисплазия тазобедренного сустава составляет от 10 до 76%, тогда как диспластическим коксартрозом страдают 86,3% больных с патологией тазобедренного сустава старше 15 лет. [10]

МСКТ позволяет достоверно визуализировать дегенеративно-деформирующие изменения тазобедренных суставов (коксартрозы), определить соответствие выраженности изменений рентгенологическим классификациям; выявить субхондральные кисты и точно определить степень выраженности остеосклероза суставных поверхностей; уточнить, имеются ли в структуре костной ткани нетипичные участки, обусловленные, например, наличием литических либо склеротических метастазов [1, 11]. Также МСКТ тазобедренных суставов применяется при внутрисуставных переломах бедра и тазовой кости (шейки бедра, головки бедра, вертлужной впадины) с целью визуализации смещения отломков, а также планирования оперативного лечения [2]. МСКТ позволяет выполнить трехмерные реконструкции, благодаря которым травматолог может точно понять, куда и как сместился отломок, и принять меры к его фиксации, восстановить анатомическую форму кости [3, 4].

Цель исследования: оценка МСКТ и клинико-рентгенологических особенностей диспластического коксартроза (ДК).

Результаты исследования: У всех обследованных пациентов главными клиническими проявлениями были сгибательно-приводящие и ротационные контрактуры тазобедренных суставов, укорочение заинтересованных в патологическом процессе конечностей, стойкий болевой синдром, грубая хромота с нарушением опорной функции конечности и локомоторного акта ходьбы.

Одностороннее поражение сустава имели 15 человек (53,1%), у 17 больных (46,9%) процесс распространялся на оба сустава.

При анализе МСКТ снимков отмечалось сужение суставной щели явное, неравномерное. Визуализируются множественные остеофиты значительного размера; выражен субхондральный склероз; определяются множественные (до десятка) субхондральные кисты.

Выводы: Проведение МСКТ у больных с диспластическим коксартрозом позволило получить объективную информацию о качественных и количественных изменениях в тазобедренном суставе, выявить рентгено-анатомические изменения тазобедренного сустава, которые оказывают существенное влияние на прогноз в отдаленном периоде лечения.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С. З.
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. 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 полиорганной недостаточности.

Цель исследования: изучить эффективность ПС с углеродным гемосорбентом в сочетании с лазерным облучением в эксперименте

Материалы и методы. Фундаментом данного исследования послужили результаты использования нового отечественного гранулированного углеродного сорбента (УНПГС) с преимущественным содержанием нано- и мезопор в экспериментальных условиях. Экспериментальные исследования выполнены на беспородных собаках по применению нового угольного сорбента и выполнены на базе ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», отделении экспериментальной хирургии в 2020 году. Методика операции на собаках по моделированию механического блока холедоха выполнена по авторской методике. Предварительная премедикация осуществлялась введением внутримышечно растворов 2% промедола (2-5мг/кг), димедрола (2мг/кг), седуксена (0,4 мг/кг). Базовый наркоз осуществляли ингаляционным антисептиком изофлюраном. Режим вентиляции: частота 24 в минуту, объем 300мл. После завершения операции животное переводилось в изолятор с последующим обезболиванием с использованием ненаркотических анальгетиков.

Результаты исследования. На 5 сутки после операции, в момент наивысших значений билирубина с нарастанием патологических метаболитов, свидетельствующих о признаках печеночной недостаточности проводили плазмосорбцию (ПС) с использованием нового угольного сорбента УНПГС. Проводили забор крови поэтапно по 200мл с замещением 200мл физиологичесого раствора. Полученную кровь помещали во флакон с цитратом натрия и проводили центрифугирование в щадящем режиме. Отделенную плазму оставляли для проведения ПС, а эритроцитарную массу возвращали в кровяное русло собаки. Сорбцию плазмы проводили на аппарата Унирол в режиме рециркуляции в течение 20 минут. Сорбент использовался в количестве 50г на 200мл плазмы. В последующем плазма возвращалась в кровяное русло с предварительным забором 200мл крови для очередного сеанса ПС. Процедура ПС выполнялась за один сеанс двухкратно с сорбцией до 400мл крови. Кровь для биохимических исследований брали у животных на высоте патологического процесса, плазмы до начала и после ПС, а также кровь животного после завершения сеансов ПС через 120 минут.

Наибольший эффект наблюдался после 2 сеансов ПС с общим (поэтапным) использованием 400 мл плазмы. Достигнуто достоверное снижение уровня практически всех патологических уровней метаболитов: билирубина, мочевины, креатинина, аммиака. Каждый сеанс ПС сопровождался использованием новой сорбционной колонки. Для УНПГС ПС была наиболее эффективна в течение 10 минут (в соотношении 50 г/100мл плазмы).

Полученные результаты, свидетельствующие о высокой сорбционой активности отечественного гемосорбента, показали фактически идентичную его эффективность в сравнении с угольным сорбентом. В связи с чем, следующей задачей настоящего исследования явилась оценка возможности усиления сорбционной активности гемосорбента. Для этого было решено использовать воздействие на поры гемосорбента лазерного излучения. Данный способ осуществляется следующим образом: при пропускании плазмы через углеродный гемосорбент осуществляется адсорбция патологических метаболитов гранулами сорбента. Для лучшего поглощения метаболитов порами сорбента используется импульсное ИК-лазерное излучение в диапазоне 890-950нм. Лазерное излучение осуществляется в импульсном режиме, с параметрами не менее 7 Вт в импульсе, частотой 80-100Гц. Лазерное облучение(ЛО) начинается через 10 минут после начала сорбции и продолжается в течение еще 20 минут. Всего сеанс ПС с использованием одного сорбента продолжается 30 минут. Использование лазера должно способствовать повышению сорбционной емкости сорбента вследствие эффекта ударной световой волны на границе сред: жидкость-гранулы сорбента. ИК- излучение в этом диапазоне обладает максимальной проникающей способностью в биологических средах организма. Использование частоты 80 ГЦ обосновывается оптимальным биологически эффектом в этом диапазоне частоты излучения.

Использован отечественный, сертифицированный лазерный аппарат Согдиана. Излучение в диапазоне 890нм, частотный режим от 80Гц до 1500Гц. Мощность в импульсе до 10Вт. В целом включение лазерного облучения в процесс проведения ПС через нанопористый гемосорбент при экспериментальной модели механической желтухи позволило усилить поглощающий эффект методики, что доказано

снижением общего билирубина после 2 сеансов с 216,5±11,0 до 63,8±6,4 мкмоль/л (без ЛО - с 217,3±6,6 до 90,3±5,4 мкмоль/л; p<0,05) и в дальнейшем до 38,5±1,3 мкмоль/л (против 49,0±4,0 мкмоль/л; p<0,05), а также более ускоренным восстановлением показателей креатинина и аммиака на 3-5 сутки наблюдения (p<0,05 по отношению к ПС без ЛО).

Заключение. Таким образом, полученные результаты с обоснованной безопасностью и эффективностью проведения плазмосорбции через новый отечественный гемосорбент с включением в процесс детоксикации лазерного облучения позволяют рекомендовать применение разработанной методики в клинической практике, с дальнейшей оценкой качества экстракорпоральной детоксикации при комплексном лечении печеночной недостаточности на фоне механической желтухи или другой этиологии в клинической фазе исследований.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хакимов Д.М., Абдужабборов А.А., Карабоев Б.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность: В настоящее время методы эндоскопического гемостаза играют важную (но не исключительную) роль в лечении больных с гастродуоденальных язвенных кровотечений. Само внедрение в клиническую практику эндогемостаза помогло избежать большого числа экстренных операций, позволив принципиально иначе взглянуть на *необходимость* оперативного лечения многих пациентов с гастродуоденальных язвенных кровотечений или, как минимум, дав *возможность* отсроченного проведения операции после соответствующей подготовки больных. В настоящий период для воздействия на источник кровотечения применяются различные методы, отличающиеся по своим физическим свойствам и механизмам действия: термические (электрокоагуляция, аргоно-плазменная коагуляция, лазерная фотокоагуляция и т.д.); иньекционные (адреналин спирт, склерозанты); клеевые покрытия (цианакрилаты, тромбин, фибриновый клей) и механические (клипирование, лигирование).

Цель: оценить эффективность предложенной методики эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях.

Материалы: В исследование включено 557 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Контрольную группу составили 290 больных, из которых 48 пациентам с активным кровотечением выполнялись стандартные эндоскопические методики гемостаза, а в 242 случаях, при верификации остановившегося кровотечения, эндоскопия ограничивалась диагностическим этапом с последующим консервативным ведением пациентов. В основную группу включено 267 больных, которым помимо эндоскопического гемостаза при активном кровотечении (46 больных) манипуляция дополнялась выполнением предложенной методики эндоскопического лечения гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза. При выявлении остановившегося кровотечения (221 пациент) эндоскопическое вмешательство также сопровождалось выполнением предложенного способа.

Результаты и выводы: аппликация композиционного полимерного материала поверх язвенного дефекта способствовала снижению частоты ближайших рецидивов геморрагического синдрома с 9,0% до 1,9%, сокращению необходимости выполнения оперативного лечения с 6,6% до 1,1% и показателя летальности с 1,7% до 0,7%, что в целом отразилось на увеличении доли выписанных без осложнений больных с 90,7% до 97,8% и снижении сроков госпитального этапа лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острые желудочно-кишечные кровотечения длительное время остаются сложной и до конца не решенной медицинской проблемой. Исследования в ряде стран Евросоюза показали, что острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта встречаются с частотой 50-170 случаев на 100 тыс. населения. Смертность, вызванная непосредственно эпизодами кровотечения или при декомпенсации конкурирующих заболеваний, составляет 5-10%. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых желудочно-кишечных кровотечениях составляет 5-14%, а при рецидиве возрастает до 30-40% и не имеет тенденции к уменьшению.

Цель исследования: анализ результатов диагностики гастродуоденальных кровотечений больных, страдающих язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы. Для определения степени тяжести кровопотери использовали классификацию тяжести кровопотери (Гостищев В.К., Евсеев М.А., 2005). Различает 4 степени тяжести острой кровопотери: легкая, средняя, тяжелая и крайне тяжелая степень. А так же использовали формула Мура (Баранчук В.Н., 1989). Всем больным, поступившим в стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, выполнялось ФЭГДС с целью уточнения источника кровотечения и степени устойчивости гемостаза. В зависимости от состояния больного ФЭГДС выполняли в диагностическом кабинете, реанимационной или на операционном столе. Больных в исследуемых группах по типам желудочно-кишечных кровотечений распределяли по классификации J.A. Forrest (1974). В работе использованы результаты обследования и лечения 405 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в 2018-2020 годах в Андижанском филиале РНЦЭМП. В зависимости от проведенного обследования и лечения больные были разделены на две группы: I группа (группа сравнения) составили 204 больных, а II (основную) группу составили 201 больных.

Результаты. Мужчин в I группе было 129 (63,1%), женщин 75 (36,9%), во II группе соответственно мужчин 148 (73,9%), женщин 53 (26,1%) (p=0,097). Большинство больных (44,0%) находились в трудоспособном возрасте (51– 75 лет), 45,9% больных I группы и 43,3% II группы (p>0,05). Средний возраст больных в основной группе составил 53,1±6,32 лет, во II группе – 51,9±7,12 лет (p=0,113). Исследуемые группы были сопоставимы по полу и возрасту. Источником 61 кровотечения язвы двенадцатиперстной кишки были у 121 (59,4%) больных в I группе, и у 114 (56,5%) больных во II группе. Хроническая язва желудка у 63 (30,7%) больных было в I группе, и у 80 (39,8%) во II группе. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 20 случаях (9,9%) в I группе, и в 7 (3,7%) во II группе. Анализ приведенных наблюдений показывает, что в хирургическое отделение 138 (67,6%) больных доставлялись позже 12 часов с момента заболевания в I группе, и 128 (64%) больных во II группе (p=0,570). Несвоевременная госпитализация больных была связана с поздней обращаемостью их за медицинской помощью. В исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей у 151 (74,0%) больных в I группе и у 131 (65,2%) больных во II группе (p=0,078). В I группе пациенты с активным кровотечением Тип I (FI) поступили 22 (10,8%) больных; состоявшимся кровотечением Тип II (FII) 79 (38,7%) и Тип III (FIII) 103 (50,5%) больных. Во II группе (основной) Тип I (FI) наблюдались у 29 (14,2%) больных, Тип II (FII) у 108 (53,8%) и Тип III (FIII) у 64 (32,0%) больных (p=0,002). Источником кровотечения язвы двенадцатиперстной кишки были у 121 (59,4%) больных в I группе, и у 114 (56,5%) больных во II группе. Хроническая язва желудка у 63 (30,7%) больных было в I группе, и у 80 (39,8%) во II группе. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 20 случаях (9,9%) в I группе, и в 7 (3,7%) во II группе. Анализ приведенных наблюдений показывает, что в хирургическое отделение 138 (67,6%) больных доставлялись позже 12 часов с момента заболевания в I группе, и 128 (64%) больных во II группе (p=0,570). Несвоевременная госпитализация больных была связана с поздней обращаемостью их за медицинской помощью. В исследовании преобладали больные с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей у 151 (74,0%) больных в I группе и у 131 (65,2%) больных во II группе (p=0,078). Для оценки состояния слизистой желудка при ЯБДК ее защитных и язвообразующих факторов, нами проведено морфологическое исследование биоптатов. Для обнаружения Helicobacter Pylori (HP) использовали гистологический метод и уреазный тест. Частота инфицирования HP в антральном отделе желудке и в луковице ДПК была соответственно у 93,1 и 74,5% больных. Хронические сопутствующие заболевания выявлены у 66,3% больных. Дифференциальная диагностика вида кровотечения проводится по клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным.

Выводы. Эндоскопическая диагностика является информативным методом в диагностике язвенных желудочно-кишечных кровотечений и определяет тактику дальнейшего ведения больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ И МИКРОСКОПИЧЕСКИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С. З.
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. В мировой практике продолжают исследоваться в экспериментальных условиях физико-химические характеристики, гистологические и морфологические результаты использования различных гемосорбентов, которые способны расширить возможности применения сорбционных методов очистки крови при печеночной недостаточности различного генеза.

Цель исследования: оценить результаты макроскопических и микроскопических морфологических исследований при внутрибрюшинном введении углеродного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования многократного внутрибрюшинного действия углеродного гемосорбента проводились на 24 белых крысах с массой тела 250-300 грамм в течение 7 дней. На основании

этого срока хронического эксперимента составил семь дней в соответствии с международными требованиями по оценке токсичности медицинских препаратов (2013г). Исследуемое вещество вводили внутрибрюшинно 3-м группам опытных белых крыс. 4 группа служила контролем. Введение исследуемого вещества осуществлялось в следующих дозах:

1-я группа (300 мг/кг);
2-я группа (150 мг/кг);
3-я группа (50 мг/кг);
4-я группа (1% крахмальная слизь из расчета 1 мл на 100 г. массы тела).

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. После окончания хронического эксперимента часть животных опытной и контрольной групп забивалась путем декапитации под легким эфирным наркозом и проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко. Материал фиксировали в 12% формалине с последующей, стандартной проводкой по спиртам восходящей концентрацией и заливкой парафином. Срезы из органов толщиной 6-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. За время эксперимента общее состояние опытных животных не нарушалось, симптомов интоксикации и гибели животных не выявлено. На коже местные изменения не обнаружены, мест очагового облысения и язв не отмечалось. Животные были опрятны, активны, шерстяной покров гладкий, блестящий, корм поедали охотно, адекватно реагировали на внешние раздражители. В заключение следует отметить, что дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами не обнаружено. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

Заключение. Таким образом, на основании гистоморфологического исследования органов и тканей, контрольных и опытных животных можно сделать заключение о том, что при длительном многократном внутрибрюшинном воздействии углеродного гемосорбента не вызывает патологических изменений в организме. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хакимов З.К., Жумабоев М.О.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Под скоропостижной смертью традиционно понимают непредвиденную, неожиданную, быстро наступившую смерть от острого, скрыто протекавшего заболевания.

Случаи смерти от хронических заболеваний также относят к категории скоропостижной смерти, если больные в течение последнего месяца своей жизни пребывали в удовлетворительным состоянии, не находились на стационарном или амбулаторном лечении и вели привычный образ жизни.

Заболевания, приводящие к скоропостижной смерти, могут протекать атипично или бессимптомно в связи с чем, летальный исход нередко наступает у людей, считавшихся практически здоровыми

Цель исследования. Выявить информационно-значимые морфологические признаки скоропостижной смерти от острых форм ишемической болезни сердца на основе комплексного макро- и микроскопического, биохимического исследования сердца.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 50 трупов умерших в 2019—2021 гг. от острой коронарной недостаточности вследствие ИБС, группу сравнения — 20 трупов лиц, скончавшихся от острой кровопотери на месте происшествия вследствие повреждения крупных магистральных сосудов — аорты и сонной артерии, колото-резаных ранений сердца.

Результаты и исследования. При скоропостижной смерти от острых форм ишемической болезни, как правило, отсутствуют выраженные макроскопические изменения. Для гистологического исследования необходимо производить забор материала по унифицированной методике из пяти топографических областей левого желудочка сердца - верхушки, межжелудочковой перегородки, передней, боковой и задней стенок.

При острой коронарной недостаточности ишемия миокарда развивается одновременно в не менее трех топографических областях левого желудочка. Частота ее появления в передней стенке составляет 50%, в боковой стенке - 52,6%, в задней стенке - 52,6%, в межжелудочковой перегородке - 31,6% и в верхушке

сердца - 42%. Вместе с этим ишемическое повреждение миокарда распространяется от субэндокардиальных отделов (89%) через интрамуральные (55%) в субэпикардиальные (45%).

В случаях острого инфаркта миокарда в донекротической стадии ишемия сердечной мышцы развивается одновременно в одной-двух топографических областях левого желудочка, поражая в каждом втором случае переднюю, боковую и заднюю стенку левого желудочка, в каждом пятом случае верхушку сердца. При этом имеет место трансмуральное поражение стенки левого желудочка сердца.

Математический анализ 114 микроскопических признаков показал, что для диагностики острой коронарной недостаточности необходимо наличие одного патогномоничного признака — контрактурных изменений кардиомиоцитов 3 степени и дифференциально-диагностических признаков в сумме более +15,0 баллов. Для установления диагноза острого инфаркта миокарда в донекротической стадии необходимо сочетание трех патогномоничных признаков - контрактурных изменений кардиомиоцитов 3 степени, первичного глыбчатого распада и внутриклеточного миоцитолиза и дифференциально-диагностических признаков в сумме более +15,0 баллов.

Проведенным исследованием установлено, что при стенозе коронарных артерий сердца, составляющем более 50% просвета сосуда, наряду с острыми изменениями - спазмом интрамуральных артерий и отеком межмышечного пространства миокарда, так же отмечаются признаки хронического поражения - межмышечное разрастание соединительной ткани.

Компьютерная обработка изображения микропрепаратов сердца с последующим морфометрическим исследованием показала, что при скоропостижной смерти от острых форм ишемической болезни сердца происходит неравномерное увеличение площади ядер кардиомиоцитов.

При скоропостижной смерти от острых форм ишемической болезни сердца развитие контрактурных изменений кардиомиоцитов 3 степени, первичного глыбчатого распада миофибрилл и внутриклеточного миоцитолиза сопровождается повышением в перикардиальной жидкости уровня сердечного тропонина I (cTnl), а при повышении проницаемости сарколеммы кардиомиоцитов - увеличивается активность аспартатаминотрансферразы (АсАТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ).

Вывод. Полученные данные позволили предложить комплекс дифференциально-диагностических критериев для верификации острых форм ишемической болезни сердца, основанный на унифицированном заборе материала для гистологического исследования, световой и поляризационной микроскопии, компьютерной обработки изображения микропрепаратов с последующей морфометрией.

Выявленные новые диагностические возможности окраски гистологических препаратов хромотропом. В водным голубым. Подтверждено значение сердечных маркеров перикардиальной жидкости в плане диагностики острых форм ишемической болезни сердца.

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Хакимов З.К, Наумонов М.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. В последние десятилетия активно изучаются особенности патоморфологических изменений миокарда при различных насильственных и ненасильственных видах смерти путем экспериментального моделирования на животных и исследования аутопсийного материала с обоснованием результатов с помощью количественного и качественного анализа. Весь этот материал необходим для дифференциальной диагностики смерти от ИБС как основной причины.

Отсутствие абсолютно достоверных критериев смерти от данной патологии затрудняет судебно-медицинскую диагностику. Это подчеркивает значимость изучения дополнительных методов диагностики острой коронарной недостаточности при ИБС

Цель исследования. Разработка дополнительных судебно-медицинских критериев диагностики смерти от острой коронарной недостаточности при ИБС на основе морфологического и морфометрического анализа изменений миокарда, надпочечников и ядер гипоталамуса.

Материал и методы исследования. Материал исследования — 70 трупов мужчин в возрасте 25—49 лет. Основную группу составили 50 трупов умерших в 2019—2021 гг. от острой коронарной недостаточности вследствие ИБС, группу сравнения — 20 трупов лиц, скончавшихся от острой кровопотери на месте происшествия вследствие повреждения крупных магистральных сосудов — аорты и сонной артерии, колото-резаных ранений сердца.

Результаты и исследования. В группе сравнения степень поражения нейронов гипоталамуса была равна 43,2±5,4% (38,7; 49,5%). Тяжесть поражения нервных клеток гипоталамических ядер составляла 12,6±3,1% (8,7; 16,4%).

При внезапной сердечной смерти в ядрах гипоталамуса наблюдали слабовыраженную глиальную реакцию с незначительным количеством светлых форм олигодендроцитов и клеток Гортеги. Среднее

глиальное расстояние в ядрах гипоталамуса равнялось 23 мкм, глиальная плотность — 1,2 глиоцита на единицу площади.

В группе сравнения глиальная реакция отсутствовала или наблюдался незначительно выраженный сателлитоз. Среднее глиальное расстояние равнялось 24 мкм, глиальная плотность составляла 1—2 глиоцита на единицу площади.

При внезапной сердечной смерти в гипоталамусе наблюдали умеренно выраженное венозное полнокровие со значительным периваскулярным отеком, стазом эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла, местами с отечным разволокнением белого вещества. При этом площадь периваскулярного отека Sпв составила 230±2,6 мкм2 (227,1; 234,4 мкм2), площадь перицеллюлярного отека Sпц = 105±2,3 мкм2 (100,2; 107,4 мкм2). В группе сравнения Sпв = 260±8,6 мкм2 (252,1; 264,7 мкм2), Sпц = 150± 4,7 мкм2 (145,3; 155,4 мкм2).

При иммуногистохимическом исследовании в ядрах гипоталамуса при внезапной сердечной смерти было выявлено большое количество норадреналинпозитивных нейронов 54,2±3,6% (51,4; 59,3%). В дугообразном ядре гипоталамуса отмечалась экспрессия дофаминпозитивных нервных клеток — 28,7±2,1% (23,4; 31,7%). Во всех изученных случаях гипоталамические ядра были адреналиннегативны.

При острой кровопотере содержание норадреналинпозитивных нейронов составило 48,7±2,1% (46,3; 52,4%), дофаминпозитивных нервных клеток — 25,3±3,9% (21,7; 29,8%). Во всех изученных случаях гипоталамические ядра были также адреналиннегативны.

При внезапной сердечной смерти в миокарде выявлены контрактурные повреждения (54,3±3,5% [51,2; 57,8%]), волнообразная деформация (44,7±6,3% [38,2; 51,4%]) и диссоциация кардиомиоцитов (61,2±2,3% [56,3; 64,8%]).

В синоатриальном и предсердно-желудочковом узлах сердца при острой коронарной недостаточности отмечено высокое содержание адреналинпозитивных клеток (в узле Киса—Флека — 45,6±4,5% [40,1; 48,7%], в узле Ашоффа—Тавары — 34,2±2,9% [31,2; 37,4%]).

В аркуатном, супраоптическом и паравентрикулярных ядрах гипоталамуса при внезапной сердечной смерти выявлены обратимые изменения нейронов (степень поражения 25,6±4,8% [21,3; 29,8%]), определяется большое количество норадреналинпозитивных (54,2±3,6% [51,4; 59,3%]) и дофаминпозитивных нервных клеток (28,7±2,1% [23,4; 31,7%]).

Вывод. Выявленные морфометрические и иммуногистохимические изменения миокарда, надпочечников и гипоталамуса можно использовать в качестве дополнительных судебно-медицинских критериев диагностики смерти от острой коронарной недостаточности при ИБС.

РОЛ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ НЕЙРОСЕКРЕТОРНОЙ СИСТЕМЫ В ГЕНЕЗЕ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Хакимов З.К., Имомов Х.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Введения. Как известно, гипоталамо-гипофизарная нейросекреторная система (ГГНС) анатомически представлена ядрами переднего гипоталамуса — супраоптическими и паравентрикулярными, воронкой и задней долей гипофиза. Одной из особенностей указанных ядер является прямая связь обеих клеточных групп с задней долей гипофиза посредством аксонов, составляющих гипоталамо-гипофизарный тракт.

Основная функция ГГНС — синтез, транспортировка и выделение в кровь гормонов — вазопрессина и окситоцина. Морфологическим проявлением этой функция служит присутствие нейросекреторной субстанции в цитоплазме нервных клеток супраоптических и паравентрикулярных ядер, в их аксонах, составляющих гипоталамо-гипофизарный тракт, и в окончаниях аксонов, входящих в паренхиму задней доли гипофиза.

Цель исследования. Исходя из важной роли ГГНС в регуляции сердечно-сосудистой деятельности, мы поставили перед собой задачу изучить функциональную морфологию этой системы при скоропостижной смерти и ее участие в танатогенезе острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Материал и методы исследования. Изучили материалы вскрытия трупов (30 мужчин и 8 женщин), умерших скоропостижно (19) от острой сердечно-сосудистой недостаточности, вследствие гипертонической болезни (12) и атеросклероза (7), а также 10 трупов людей, скончавшихся от кровоизлияния в мозг на почве гипертонической болезни (сравнительная группа). Контролем служили данные вскрытия 8 лиц, умерших в сроки до 10 мин. от тяжелой механической травмы. Возраст умерших колебался от 25 до 66 лет.

Результаты и исследования. Морфологические признаки хронической сердечной недостаточности у всех умерших отсутствовали. Установлено, что в наблюдениях 2-й группы (кровоизлияние в мозг) смерть наступала, как правило, быстро (в пределах получаса), в то время как острая сердечно-сосудистая недостаточность (1-я группа) приводила к смерти в разные сроки после начала приступа стенокардии: в 4 наблюдениях — через 10 мин., в 5 — от 20 мин. до 1,5 часов, в 10 — через 3—6 часов.

В контрольной группе в 5 случаях обнаружена черепно-мозговая травма с массивными повреждениями костей свода и основания черепа, в 3 — травма органов грудной и брюшной полостей.

При сопоставлении морфологической картины ГГНС в контрольной группе с изменениями, обнаруженными в случаях острой сердечно-сосудистой недостаточности и кровоизлияния в мозг, установлено, что морфологические проявления реакции системы зависят от времени, прошедшего от начала развития смертельных осложнений до наступления смерти.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование позволило выявить морфологические признаки реакции ГГНС при острой сердечно-сосудистой недостаточности, а также кровоизлиянии в мозг и установить динамику функционально-морфологических признаков, отражающих фазность реакции.

Полученные нами данные согласуются с литературными, что позволяет говорить об участии ГГНС в патогенезе острой сердечно-сосудистой недостаточности, и тем самым подтверждают значение экстракардиальных факторов в танатогенезе скоропостижной смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Фазность реакции системы в целом и неодновременность развития изменений в отдельных ее звеньях показывают перспективность морфологического изучения гипоталамо-гипофизарной нейросекреторной системы для решения специальных судебно-медицинских вопросов.

CLINICAL EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF TWO-DIMENSIONAL ULTRASONIC RESEARCH OF THE NOSE ADAPESE CAVITIES IN SINUSITIS IN AMBULATORY PRACTICE

Khakimov N.S.
Medical Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics department of the faculty of qualification and retraining of doctors
Andijan State Medical Institute

Introduction. At the same time, there are many examples when none of the methods of radiation diagnostics can be applied, and it is necessary to assess the state of the SNP. This primarily applies to cases of acute or chronic sinusitis in pregnant women, in patients who have just had other x-ray examinations. In addition, sometimes patients fundamentally refuse X-ray examination. In such a situation, ultrasound examination of SNP is the method of choice.

Diagnostic errors in this pathology are possible in 9 out of 10 cases due to the difficulties in interpreting the data obtained, in addition, the A-method does not allow to establish the nature of the secret and its consistency.

Ultrasound examination of the paranasal sinuses in B-mode (ultrasound) provides two-dimensional polypositional visualization of not only the paranasal sinuses, but also other bone structures and soft tissues, due to which a better topographic orientation and interpretation is achieved than with the A-method. The results of ultrasound in 100% of observations coincide with the data of plain radiography.

Purpose of the research: To study different methods of diagnosing diseases of the paranasal sinuses.

Materials and research methods. During the study, the following methods were used: traditional examination of ENT organs, plain radiography, one-dimensional ultrasound of the paranasal sinuses (A-method), two-dimensional ultrasound of the paranasal sinuses (B-method), computed tomography of the sinuses and diagnostic puncture of the maxillary sinuses.In addition, complaints were carefully studied and medical history

Results and discussion: According to the prevalence of the inflammatory process in the paranasal sinuses, patients were distributed as follows: in 44 patients (40%), sinusitis was diagnosed, in 4 (3.6%,) - frontal sinusitis, in 28 (25.5%) - sinusitis, in 3 patients (2.7%) - sinus frontitis. In 31 patients (28.2%), reliable signs of polysinusitis were established. In 5 cases (4.3%), diseases were identified, which we named as "other pathology" of the paranasal sinuses. In particular, in 1 patient (15-year-old child) as a result of examination a tumor was established - juvenile angiofibroma of the nasopharynx with germination into the nasal cavity and spread to the cells of the ethmoid labyrinth and the maxillary sinus on one side 1 patient was diagnosed with a foreign body of the maxillary sinus, another in 1 - mucocele of the frontal sinus, in 1 patient - osteoma revealed fibrous osteodysplasia of the right frontal sinus

The main complaints of patients were difficulty in nasal breathing, nasal discharge of a mucous or mucopurulent nature, headaches.It was noted that both adult patients and children were bothered with headaches equally often.So, in children, headache occurred in 38.9% of cases, in adults - in 39.2% ($p > 0.05$). All children complained of difficulty in nasal breathing; in adults, nasal respiratory function disorder was noted in 94.9% of cases ($p > 0.05$) .In children, in most cases (72.2%), nasal discharge was purulent, in 22.2 % of cases - slimy. Only 2 children did not complain of any nasal discharge.In adults, mucous and mucopurulent nasal discharge was equally common, mucous discharge occurred in 26 people, which amounted to 32.9%, and purulent discharge in 32 people (40 , 5%) 21 patients (26.6%) among adults did not complain of a runny nose at all, thus, cases of the absence of nasal discharge in adult patients were much more frequent than in children ($p < 0.05$). or there were no complaints in our observations

Conclusions: Compared with plain radiography, two-dimensional ultrasonography is a more informative method in identifying the pathology of the paranasal sinuses in exudative and polyposis processes, the average

indicators of accuracy, sensitivity and specificity for two-dimensional ultrasound are 86.2% (p <0.05), 78.2% (p <0.05) and 55.6%, for plain radiography - 69.2%, 43.5% and 54.5%, respectively.

TWO-DIMENSIONAL ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE PAD

Khakimov N.S.
Medical Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics department of the faculty of qualification and retraining of doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, the most common method for diagnosing sinusitis is plain radiography. However, the use of the X-ray method has strict limitations due to the high radiation exposure, which is especially important in childhood and during dynamic observation of the patient in order to control the quality of treatment.

Plain radiographs can confirm the diagnosis of exudative sinusitis or frontal sinusitis only if the fluid level in the sinus cavity can be clearly identified.

To assess the state of the ethmoid sinus, which is of great importance in the pathogenesis of most cases of chronic sinusitis, traditional radiography is also of little informative.

Purpose of the research: To study methods of two-dimensional ultrasound diagnostics of diseases of the paranasal sinuses

Materials and methods of research: General clinical characteristics of the examined persons. The work is based on the analysis of a comprehensive clinical examination of 115 patients with various pathologies of the paranasal sinuses hospitalized in the ENT department of the AGMI clinic in Andijan for the period from 2020 to 2021

Results and discussion: The division of patients into the clinical groups presented above allowed us not only to study in practice the echographic signs of sinusitis developed during the examination of patients, but also to objectively assess the role of two-dimensional ultrasound scanning in the formation of a clinical diagnosis.

The results of the study of the subgroup were used for a comparative analysis of the diagnostic capabilities of plain radiography and two-dimensional ultrasound of the paranasal sinuses Subgroup B included 29 people who underwent ultrasound of the sinuses of the nose using two scanning methods, one-dimensional and two-dimensional.

Clinical group II included 25 patients who, in addition to plain X-ray and two-dimensional ultrasound, underwent computed tomography of the paranasal sinuses in two projections (axial and coronary) according to the standard method.The aim of the examination of this group was to establish the diagnostic information content of two-dimensional scanning of the paranasal sinuses in comparison with other radiation methods. : plain radiography and computed tomography

According to the duration and nature of the course of the disease, 62 patients (53.9%) had acute exudative sinusitis, 48 (41.7%) were diagnosed with a chronic form of the disease.In acute and chronic sinusitis, inflammation in the paranasal sinuses was most often purulent in nature Purulent sinusitis took place in 49 patients (44.5%) with an acute course of the disease and in 26 (23.6%) with a chronic form of the disease Catarrhal sinusitis was diagnosed in 15 patients (13.6%) Cysts of the maxillary sinuses were detected in 9 cases (8.2%), polyposis sinusitis - in 11 patients (10%)

Conclusions: Two-dimensional ultrasound scanning is significantly superior to the one-dimensional ultrasound method in diagnosing various pathological conditions of the paranasal sinuses, including cysts and polyps.So, the average accuracy of two-dimensional ultrasound was 76.4% (p <0.05), sensitivity was 71.2% (p <0.05) and specificity 63.6% (p <0.05) The average accuracy of one-dimensional ultrasound scanning does not exceed 54%, sensitivity - 53.1%, specificity - 35%.

POSSIBILITIES OF ULTRASONIC STUDIES IN DIAGNOSTICS OF NON-ALCOHOLIC FAT LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Khakimov N.S.
Medical Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics department of the faculty of qualification and retraining of doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. The diagnosis of NAFLD today is carried out by clinical, laboratory and instrumental methods (radiation diagnostics and liver biopsy), it consists in the exclusion of other causes that could cause fatty hepatosis, confirmation of metabolic disorders by laboratory methods and radiation methods of the presence of morphological changes in liver tissue (hepatomegaly, changes density and structure of the liver parenchyma).

One of the ways to increase the information content of ultrasound is the use of a quantitative assessment of the echogenicity of the liver. A known method for quantitatively assessing the echogenicity of the liver, based on the definition of hepatorenal index.

Objective of the study: Improvement of methods of ultrasound diagnostics of non-alcoholic fatty liver disease based on a quantitative assessment of the echogenicity of the liver parenchyma.

Materials and research methods. A one-stage cross-sectional study of patients with metabolic syndrome was performed. The study group was represented by 153 patients (47 men and 106 women) with metabolic syndrome. The control group consisted of 88 people (19 men and 69 women) aged 25 to 65 years.

Research results. The study was carried out on ultrasound scanners Philips En Visor, Philips HD 11 XE (Philips, Netherlands), a multifrequency convex probe (3-5 MHz). Modern multi-frequency sensors allow obtaining high-quality images at various scanning depths, from 4-5cm to 20-24cm.

Ultrasound examination, in all cases, the liver was visualized in the right hypochondrium.

Ultrasound examination of the liver was performed with the patient in the supine position or on the left side. To improve visualization, it is recommended to conduct a study at various phases of breathing - during inhalation, with holding the breath, and during exhalation, with calm breathing. This is necessary to correctly assess the size and contours of the liver, as well as to assess its topography in the abdominal cavity.

With ultrasound examination, it is possible to clearly differentiate the four lobes of the liver (right, left, square, caudate).

To obtain an image of the liver, polypositional scanning is performed in different planes in the right hypochondrium, and along the edge of the costal arch.

Conclusions. This access is especially effective in obese patients and with severe flatulence. In our study, for the primary assessment of liver echogenicity, we included an image of the right kidney in the scan area. The parenchyma of the unchanged liver, on ultrasound, is characterized by a fine-grained image, with the presence of many small point, linear structures, homogeneously located over the entire area of the scan.

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE PLEURAL CAVITY AND LUNGS

Khakimov N.S.
Medical Radiology and Clinical Laboratory Diagnostics department of the faculty of qualification and retraining of doctors
Andijan State Medical Institute

Relevance. Currently, ultrasound has acquired a special place in the structure of visual diagnostic methods. Materials of foreign and domestic literature show that the use of ultrasound for the diagnosis of pathological changes in the pleural cavity and lungs has not been studied.

Few works of foreign authors indicate the use of endoscopic echography (intrabronchial and intraesophageal studies). The latter, in turn, are intended only for the study of the roots of the lungs, mediastinum and mediastinal lymph nodes. At the same time, she notes the low information content of endoscopic echography in visualizing peripheral lung cancer.

Purpose of the study. Evaluation of the diagnostic capabilities of ultrasound in visualization of the pleural cavities and lungs, identification of pathological changes in them, as well as the use of the ultrasound method in differential diagnosis.

Materials and research methods. In the conditions of the AGMI clinic for the period from 2019 to 2021, it was possible to determine the capabilities of this method based on the results of examining 602 patients. Among the total

The patients were 284 women (aged 27 to 74) and 318 men (aged 19 to 85). The median age was 64.2 years.

Research results. The results of the study showed that the main advantage of the ultrasound method was the ability to clearly differentiate the liver, diaphragm, and pleural cavity. In addition, the high specificity of the ultrasound method makes it possible to accurately determine the benign quality of the process by the nature of the contours, the echo structure of the formation.

At the same time, the information content of the X-ray method in differentiating the volumetric formations of the pleural cavities is limited, since with this method it is impossible to clearly visualize the liver and diaphragm. With computed tomography, erroneous results are due to the slicing according to Pirogov, which leads to the imposition of the image of the volumetric formations localized in the lower parts of the pleural cavity on the image of the liver.

The diagnostic value of the ultrasound method in detecting a malignant process in the pleural cavity was studied when examining 14 (46.7%) patients with metastases to the pleura.

chest, which included along with a plain roentgenogram in 2 projections and a layer-by-layer tomographic study, if pleurisy was suspected, the study was carried out in lateroposition. Computed tomography (CT) was performed in 167 (27.7%) patients with pathological changes in the pleural cavities and lungs.

In our work, a malignant tumor of the mediastinum was diagnosed by ultrasound in 3 (15%) patients. In all cases, the tumor was confirmed by X-ray and CT.

Ultrasound examination, carried out in 3 (15%) patients with pleural mesothelioma, made it possible to identify pathological changes in all cases.

diagnostic signs of pleural mesothelioma are: 1) local or diffuse thickening of the pleura, 2) the echo structure of the thickened pleura is homogeneous with an average intensity of the echo signal, 3) the presence of a mass with uneven contours, 4) the echo structure of the tumor node is homogeneous with increased echogenic echo or with areas of decreased echo tumors.

Comparative • analysis with the data of X-ray examination showed that X-ray examination in 2 cases did not reveal pathological changes in the pleura, in the 1st interpretation, the revealed changes were difficult. CT scan revealed thickening of the pleura in 2 patients, in the first case these changes were not identified.

The results obtained showed that the use of ultrasound examination allows to clearly determine the differential signs of a malignant process, to determine the topography of the tumor node.

Considering the fact that pleural mesothelioma is usually accompanied by pleurisy (VM Tyrkasova et al., 1984), the use of the ultrasound method will significantly improve the diagnosis of this disease.

Conclusions. Thus, the data of our study give grounds to speak about the leading role of ultrasound in the diagnosis of pleural neoplastic lesions. The implementation of an ultrasound screening program will significantly reduce the number of X-ray examinations, which are less informative in identifying this pathology.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ

Халилов Х.У., 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 общий структуре патологии слуховой системы по-прежнему значительный удельный пес 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 тимпанопластиках 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 раза. 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 тимпанопластики установлено, что усреднённые пороги воздушного звукопроведения в зоне речевых частот составили 54,3±1,9 дБ, костного звукопроведения 18,4±1,5 дБ, КВИ 35,7 ±1,2 дБ. При этом выявлено, что усреднённые 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, сформирован-ной 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+6,84 дБ, а в контрольной - 23,51+7,19 дБ, что объясняется появлением реперфораций у пациентов контрольной группы.

Подводя общий итог проделанной работе, следует отметить, что NO-терапия в послеоперационном периоде после тимпанопластики 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 тимпанопластики.

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.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ

Халилов Х.У., 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 общий структуре патологии слуховой системы по-прежнему значительный удельный пес 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 тимпанопластики, 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 было сформировано две группы пациентов. Первую (группу исследования) составили 107 больных, которым в ходе операции или после-операционно устанавливалась тимпано-вентиляционная трубка в передние отделы не-отимпанальной мембраны.

Результаты исследования. Примените способа длительной вентиляции барабанной полости позволяет повысить эффективность тимпанопластики, проводимой на завершающем этапе консервативно-щадящей радикальной операции за счет улучшения морфологического результата на 13,5% и функционального, в среднем, на 8,3 дБ; тимпанопластики, 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 тимпанопластике, 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 тимпанопластике, 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 тимпанопластике, 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 степки барабанной полости; г) мукозит.

Интраоперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости, при тимпанопластике, 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 пшотимпануме; в) врастание холестеатомы в тимпанальный и фациальный синусы; г) уплощенная барабанная полость;

Послеоперационными показаниями для длительной вентиляции барабанной полости при тимпанопластике у больных хроническим гнойным средним отитом (эпитимпашггом) являются: а) втяжение неотимпаналыюй мембраны; б) ухудшение функции слуха; в) отсутствие эффекта от терашш, направленной на ликвидацию тубарной дисфункции.

Вывод. Предложена методика, уточнены технические особенности выполнения способа длительной вентиляции барабанной полости при проведении тимпанопластики на завершающем этапе, а также в отдаленные сроки после санирующей операции, проводимой при хирургическом лечении больных хроническим гнойным средиим отитом. В зависимости от даштых предоперационного отомикроскопического обследования, интраоперациопных находок, морфологических и функциональных результатов хирургического лечения в раннем послеоперациошюм периоде разработаны показания к использованию способа длительной вентиляции барабанной полости.

WAYS TO ELIMINATE EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PLASTIC VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY

Khamdamov B.Z [1]., Davlatov S. S[2]., Khakimov M. Sh[3]., Khamdamov I.B. [4].
Bukhara Medical Institute, Tashkent Medical Academy.

Introduction. Introduction. Combination of anterior abdominal wall hernia with disturbances correct proportion of anterior abdominal walls and trunk, occurring result over spraining muscle and enlarging the thickness of derma-fatty folds abdomen said negatively on the results of hernioplastics. Hypernormal deposit of fatty tissue on anterior abdominal walls associated with derma-fatty lining except causing esthetic inconvenient is the cause occurring functional disturbance with a side of gastrointestinal tract, cardiovascular system, respiratory organs. Under flabby folds as rule appears stabile diaper rash. All these changes lead to restriction labor ability of patients, that allows to consider of plastic anterior abdominal wall as operation directed on correction not only esthetic deformation but also functional disturbances. That’s why actual and even necessary supplement of hernioplastics dermatolipectomy (DLE) directed on restoration morphological condition of abdominal walls, preceding that changes which occurred in the results of pregnancy undergo interference, long hernia carrier, obesity.

Purpose of the study. Determine the criteria for selecting the surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity.

Materials and methods. From 2015 to 2020 in the surgery department of the regional multidisciplinary hospital operated 82 patients with postoperative ventral hernia of anterior abdominal wall. According to the classification by D.E. Toskin, hernias are divided into four largest groups: small, medium, large (wide) and giant. 56 (68.3%) patients aged 27 to 60 years were obese grade III-IV and the presence of significant skin and fat apron (venter pendulus). Of these, 47 were women (83.9%). Patients were divided into two groups. Control group consisted of 39 (47.6%) patients, they were satisfied with the hernia repair and plasticity auto tissue and prosthetic materials. This graft is fixed but the technique onlay, inlay and sublay. The main group consisted of 43 (52.4%) patients who: hernia repair was performed with abdominoplasty. All patients underwent anthropometry (BMI), clinical, biochemical studies, measuring abdominal pressure before and after surgery. The data allows you to select optimum access during hernia repair and abdominoplasty of postoperative ventral hernias. In preparation postoperative examined the following indicators of external respiration by conventional means: sample rods, breathing frequency (BF), tidal volume (TV), the respiratory minute volume (RMV) capacitance life (CL), the maximum ventilation (MVV). All patients underwent an electrocardiogram, abdominal ultrasound, x-ray of the chest, according to testimony - barium enema, x-ray contrast study of the gastrointestinal tract.

Results and discussion. In general, among the examined (n = 82) of different degree of obesity (BMI between 28 and 60.9) was 76.4% (n-65). Thus III-IV degree of obesity (BMI between 36 and 60.9) were 35,4% (n ~ 29). The postoperative period in patients in the control group was observed complication 11 (28.2%): hematoma in 2, seroma at 3 lymphorrhea at 1 and festering wounds 1. Bronchopulmonary complications were observed in 1, the phenomenon of heart failure in 2 patients. In the study group were complications in 4 patients ((9.3%) postoperative wound festering in 1 patient, infiltration in surgical wound in 2, necrosis of the skin flap from the edge 1). Thus, the maximum number of complications observed in patients of the control group.

Conclusions. Treatment of patients with obesity should be comprehensive and individual, as in the initial assessment of the patient, and in the choice of treatment, since the task of such operations is not only to weight loss,

but also the normalization of metabolic processes. Hernioplasty with abdominoplasty in patients with postoperative ventral hernias BSS obese grade III-IV, performed after careful preoperative preparation, improves the quality of life of patients, eliminating the aesthetic inconvenience, it contributes greatly to the psychological and social rehabilitation of patients with obesity and is a good incentive for the development of motivation and weight loss.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ СЕРЕБРА ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ

Хамдамов Бахтиёр Зарифович[1]., Деҳқонов Азиз Ташпулатович[2].
Бухарский государственный медицинский институт., Бухарский областной многопрофильный медицинский центр.
2. DSc, доцент кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии.
2. Врач ординатор отделения гнойной хирургии Бухарского областного многопрофильного центра.

Актуальность. Лечение раневой инфекции всё ещё остаётся одной из актуальной проблем современной хирургии. Возможным путём повышения эффективности воздействия на раневую инфекцию может быть применение местных лекарственных веществ на основе йода и соединений серебра. По своему антимикробному действию местные препараты серебра в большинстве случаев превосходят рутинные методы воздействия на рану, а сочетании их с раствором Повидон йода могут привести к желаемому эффекту при лечении раневой инфекции.

Цель исследования: Изучение цитоморфологической картины при воздействии двухкомпонентных препаратов серебра в сочетании Повидон-йодом на раневую инфекцию.

Материал и методы: Экспериментальные исследования проведена in vivo на лабораторных животных. В зависимости от метода лечения раневой инфекции лабораторные животные разделены на 4 группы по 10 крыс. Лабораторным крысам первой контрольной группы лечение не проводилось. Животным второй группы проводились санации инфицированной раневой поверхности 10% раствором Повидон йода. Животным третьей группы проводились местные санации раневой поверхности двухкомпонентной мазью Сульфаргин которое содержит ионы серебра Ag+ и сульфадиазин (Сульфаниламид). У животных IV группы, местное лечение различалось в зависимости от фазы течения раневого процесса и осуществлялось путем комбинированного применения раствора Повидон-йода и Сульфаргина в I фазе воспаления, во второй фазе раневого процесса применялся только мазь Сульфаргин, один раз в сутки.

Результаты и их обсуждения: Экспериментальные исследования, проведенные in vivo выявили, что при микроскопическом исследовании образцов взятых из нагноившейся раны и окружающей ткани с первых суток было выявлено отсутствие эпидермиса. Края были разрыхлены с некробиотическими изменениями, раневой дефект проникал до мышечного слоя. Цитологические картина 1-3 сутках исследования характеризовалась преобладанием детрита, фрагментов разрушенных нейтрофилов, отсутствием клеточных реакций и фагоцитоза. У всех животных из раны высеивались патогенные микроорганизмы причём преобладало их ассоциация. Средняя концентрация микробов в ране составила 10^9 мт/г. На 5-7-е и 9-10-е сутки выявлен незавершенный фагоцитоз и определялось большое количество нейтрофилов в состоянии деструкции. Микробный пейзаж раны в эти сроки характеризовался увеличением количества вышеуказанных ассоциаций в 8 наблюдениях, а средняя геометрическая концентрация микробов в ране составляла $10^{9\text{-}10}$ мт/г, что свидетельствовало о прогрессировании гнойного процесса в ране. Результаты исследований с применением в качестве местного 10% раствора Повидон-йода указывали на значительное стихание гнойно-некротического процесса в динамике. Так к 3-5 сутки в раневой поверхности определялись небольшие прослойки некроза и лейкоцитарной массы. Воспалительно-грануляционной ткани на дне и в окружности раны было меньше, и она занимала меньшую площадь. При этом на 7 сутки отмечалась активность пролиферации структурных элементов в виде размножения юных соединительных клеток и гиперплазии покровного эпителия. Цитологические показатели к 5-7-м суткам картина характеризовалась содержанием нейтрофилов средней степени сохранности, составляющих 90%, остальная часть клеток была представлена лимфоцитами, моноцитами, макрофагами и полибластами. На 9-10-е сутки наблюдалось уменьшение количества нейтрофилов до 60%, увеличением количества молодых клеток соединительной ткани и уменьшение количества микрофлоры, средняя геометрическая концентрация микробов в ране составила $10^{4\text{-}5}$ мт/г ткани.

Все это указывало на благоприятное воздействие 10% раствора Повидон-йода, способствующей очищению от некротических тканей. Вместе с тем, площадь воспалительно-грануляционной ткани оставался обширной, в толще ее сохраняются воспалительные гиализированные очаги.

Как было выше отмечено, животным третьей группы проводились местные санации раневой поверхности двухкомпонентной мазью Сульфаргин которое содержит ионы серебра Ag+ и сульфадиазин (Сульфаниламид). Исследования выявили, что морфологическая картина на третьи сутки лечения была практически идентична таковой как и у животных I и II групп. На 4-5-е сутки она была схожа с

морфологической картиной наблюдаемой у животных II группы на 5-7-е сутки. Результаты цитологического исследования на третьи 3 сутки были такими же, как и в предыдущих группах. Картину, характерную для II группы на 5-7-е сутки, можно было наблюдать в III группе уже на 3-4 сутки. При этом микробной ассоциации в эти сроки не было, а средняя их геометрическая концентрация в ране составила 10^{3-4} мт/г ткани. Все это свидетельствовало о регрессе воспалительного процесса и переходе его во вторую фазу. Дальнейшее его использование во второй фазе раневого процесса активизировало процессы репарации и регенерации.

У экспериментальных животных IV группы, исследования выявили, что морфологическая картина на третьи сутки лечения была схожа с морфологической картиной наблюдаемой у животных III группы на 5-7-е сутки. Результаты морфологических исследований свидетельствовали об исчезновении гнойно-некротических, дисрегенеративных и гиперпластических изменений в зоне раны уже на ранних сроках от начала лечения. Отмечено ускорение рубцевания, эпителизации поверхности раны. При этом, наблюдались менее выраженные дисциркуляторные, воспалительные изменения краев раны. Результаты цитологического исследования на третьи 3 сутки показали что, микробной ассоциации в эти сроки не наблюдалось, при этом средняя их геометрическая концентрация микробов в ране составила 10^{3-4} мт/г ткани, то есть она была ниже критического уровня. Все это свидетельствовало о регрессе воспалительного процесса и переходе его во вторую фазу. На 5 сутки лечения отмечался отрицательный бактериологический результат, При этом дальнейшее лечение раневого процесса продолжалось применением в виде монотерапии только мази Сульфаргин без сочетания 10% раствора Повидон-йода, что способствовало активизации процессов репарации и регенерации.

Таким образом, дифференцированный подход к применению местно 10% раствора Повидон-йода в комбинации двухкомпонентной мазью Сульфаргин содержащий ионы серебра Ag+ и сульфаниламид с учетом фазы течения раневого процесса при лечении гнойных ран, в отличие от обычных методов лечения имеет ряд положительных моментов. В частности, на 2,0-2,5 дня быстрее происходит очищение раны от инфекции, на 2,5-3,0 суток ускоряется процесс перехода раневого процесса из I во II фазу, значительно уменьшается количество гнойно-некротических, дисрегенераторных осложнений в ране, которое способствует быстрому рубцеванию и эпителизации ее поверхности.

Выводы: 1**.** Применение двухкомпонентной мази Сульфаргин при лечении раневой инфекции которое содержит ионы серебра Ag+ и сульфадиазин может за короткое время, снизить микробную обсемененность раны ниже критического уровня и способствовать раннему переходу воспаления во вторую фазу ее течения и активизирует процессы репарации и регенерации. 2. Дифференцированный подход в лечении раневой инфекции с применением местно 10% раствора Повидон-йода в комбинации двухкомпонентной мазью Сульфаргин содержащий ионы серебра Ag+ и сульфаниламид с учетом фазы течения раневого процесса в отличие от обычных методов лечения ускоряет очишение раны от инфекции на 2,0-2,5 дня быстрее, на 2,5-3,0 суток ускоряется процесс перехода раневого процесса из I во II фазу, значительно уменьшается количество гнойно-некротических, дисрегенераторных осложнений в ране.

ОСОБЕННОСТИ АРТРОПЛАСТИКА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Исмаилов Н.У., Кобилов Н.Р., Нурметов С.Т.
Ташкентская медицинская академия

Цель. Оценка эффиктивности отдаленных результатов артропластики тазобедренных суставов у пациентов с коксартрозом различной этиологии, переломов и ложных суставов шейки бедренной кости.

Материалы и методы. С 2008 по 2021 гг. в отделение ортопедии ТМА по поводу последствиями травм и заболеваниями тазобедренного сустава выполнено эндопротезирований на 268 тазобедренных суставах у 241 пациентов. Женщин было 127, мужчин 114. Возрастной аспект составил от 18 лет до 82 лет (средний возраст 39,9 лет). У 27 пациентов замена сустава произведена с обеих сторон. Больные с коксартрозом было 174(72,2%), из них идиопатический у 29(16,3%), диспластический у 117 (67,5%), посттравматический у 28(16,2%). Большинство пациентов (70, 3%) имели двусторонний процесс. Переломы и ложные суставы шейки бедренной кости были у 67 больных (27,8%). Кроме обычных клинических и рентгенологических методов исследования, мы применяли компьютерную томографию, двухфотонную ренггеновскую и ультразвуковую денситометрию. Функциональные результаты оценивались по шкале Харриса. Сроки наблюдений составили 1-12 лет. Использовались эндопротезы Howmedica, Zimmer, Stryker, DePuy, ЭСИ, Bioimplant, гибридной конструкции. Бесцементное крепление компонентов эндопротеза выполнено у 62,7% больных, цементное – в 33,5% и гибридное – в 3,8% случаев. Предоперационная подготовка включала лечебно-диагностические процедуры, направленные на стабилизацию гомеостаза и профилактику возможных осложнений. Операцию выполняли под спиномозговой (62,5%) или внутривенной с интубацией (37,5%) анестезией; Большинство использовали хирургический доступ Хардинга. В

послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных на фоне компенсации общесоматического статуса и профилактики тромбоэмболических осложнений (под контролем каогулограммы крови).

Результаты и их обсуждение. Вид патологии тазобедренного сустава определяет разные требования, как к эндопротезу, так и к его компонентам и способам их крепления. Техника установки может комбинироваться с костной пластикой и применением дополнительных опорообразующих конструкций. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости, профилактике асептический нестабильности компонентов эндопротеза произведена тенотомия m.iliopsoas от место прикрепления к малому вертелу(№ IAP 20100081). Во время гемиартропластике при ложных переломах шейки бедренной кости использовали нами разработанные экстрактор(патент FAP 00597) для вывихивания остатка головки бедра. Технически наиболее сложными для артропластики представляются дисплазии и посттравматический коксартроз. Наиболее тяжелую группу в лечебном плане составили длительно иммобилизированные пациенты пожилого возраста с ложными суставами шейки бедра. Остеопения и остеопороз требует тщательного наблюдения и лечения как в пред-, так и в послеоперационном периодах, особенно в случае механического крепления эндопротеза. Сроки послеоперационной реабилитации зависят от конструктивных особенностей протеза, степени его интраоперационной стабильности, репаративных возможностей костной ткани и проведенного восстановительного лечения в предоперационном периоде. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 97,6%. Причиной неудовлетворительных исходов были: нестабильность компонентов эндопротеза (3,1%), гнойная инфекция (0,2%), тромбоэмболия (0.3%) и параартикулярная оссификация (0,2%).

Выводы.1. Анализ результатов эндопротезирования свидетельствует о высокой эффективности метода. Стойкость положительных исходов в значительной степени зависит от соблюдения технологии лечения, которая, помимо техники операции и выбора типа эндопротеза, включает в себя проведение адекватной реабилитации и профилактики обострений хронических общесоматических заболеваний и наиболее часто встречаемых осложнений как в пред-, так и послеоперационном периодах.

2. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости необходимо выполнить субпериостальное отсепарование m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу и подкожную тенотомия приводящих мышц бедра.

3. Использование способа экстракции головки бедра при переломах и ложных суставах шейки бедра, позволит сохранить целостность суставного лимбуса и хряща, а также подобрать идентичный размер головки эндопротеза по неповрежденному контуру.

ОСОБЕННОСТИ ТОТАЛЬНЫЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ

Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Хамраев Ш.Ш., Акрамов В.Р. Т.М.А., БухМ.И.

Дегенеративно-дистрофические поражения крупных суставов относятся к числу самых распросстраненных заболеваний второй половины XX – начала XXI столетия.

В структуре указанной патологии дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава занимают около 50%. К диспластическому коксартрозу по современным понятием относится артроз тазобедренного сустава, развившийся по причине недоразвития одного или обоих компонентов сустава, и врожденного вывиха бедра; патогномоничным симптомом данной нозологии является децентрация (подвывих, вывих) головки в результате ее врожденного недостаточного покрытия крышей впадине. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС на долю диспластического коксартроза приходится до 79%, в том числе порядка 19% - на выраженную дисплазию ТБС.

Наш же регион занимает одно из лидирующих мест по распространенности данной патологии. У ряда больных патологический процесс усугубляется последствиями перенесенных в детстве оперативных вмешательств по поводу врожденного вывиха бедра.

На сегодняшний день существует несколько путей решения проблемы дегенеративно-дистрофических изменений в ТБС на фоне его дисплазии. Реконструктивные оперативные вмешательства, направленные на сохранение и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в суставе (различные варианты остеотомии таза и проксимального отдела бедренной кости) весма эффективны при ранних стадиях заболевания, но, к сожалению, обеспечивают положительный результат только в течение 5-10 лет, на поздних стадиях их эффективность резко снижается. Соответственно, основным способом оказания помощи таким пациентам остается операция тотального эндопротезирования сустава. Она позволяет устранить или существенно уменьшить болевой синдром, восстановить функцию, вернуть пациента к активной жизни даже в тех ситуациях, которые еще относительно недавно казались безнадежными.

Цель эндопротезирования при ДКА состоит в том, чтобы избавить пациента от боли, восстановить подвижность в суставе, создать опорную конечность, обеспечить нормальную походку без выраженной хромоты. Это возможно только в том случае, если центр ротации искусственного сустава будет находиться в обычной анатомической позиции, что позволит восстановить равенство длины нижних конечностей и тонус мышц.

Важным моментом эндопротезирования является то, что патологические анатомические взаимоотношения при диспластическом коксартрозе требует дифференциального подхода при имплантации компонентов эндопротеза.

Таким образом, эндопротезирование при диспластическом коксартрозе заключается в поиске возможностей оптимального сочетания современных технологий с характером и степенью выраженности патологического процесса в области пораженного сустава, а также индивидуальными особенностями организма пациента.

С 2000 по 2012 гг. в РСЦХСиК и отделение ортопедии ТМА по поводу диспластического коксартроза выполнено эндопротезирований на 136 тазобедренных суставах у 128 пациентов. Женщин было 67, мужчин 61. Возрастной аспект составил от 22 лет до 67 лет (средний возраст 39,9 лет). У 4 пациентов замена сустава произведена с обеих сторон.

В подавляющем большинстве случаев эндопротезирование тазобедренного сустава произведено у больных с запущенным патологическим процессом данного сочленения, где клинико-рентгенологические изменения соответствовали III-IV стадии дегенеративно-дистрофического процесса. Во всех случаях на рентген снимках наблюдался краевой склероз и скошенность крыши вертлужной впадины – уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга, а также грибовидная деформация головки бедренной кости не редко с кистозными очагами и не редко увеличение шеечно-диафизарного угла бедренной кости. Основной контингент считал себя больным с детства, по поводу чего и получал курсы консервативного лечения, а 17 из них ранее были оперированы (открытые вправления, опорные остеотомии Шанца, межвертельные корригирующие остеотомии, формировании крыши вертлужной впадины, декомпрессирующие мобилизации тазобедренного сустава, реваскулиризации головки бедренной кости). Из-за недоразвития вертлужной впадины у этих пациентов имело место подвывих или вывих головки бедренной кости. У всех больных бросалось в глаза нарушение походки, которая была связана с ограничением движения в тазобедренном суставе, наличием приводяще-сгибательной контрактуры и у части больных асимметрией длины конечностей. У больных, долгое время пользовавшихся костылями, на фоне дегенеративно-дистрофических изменений наблюдался остеопороз бедренной кости и атрофия мышц пораженной нижней конечности.

Для замены сустава использовали эндопротезы Orthosintese – 21, De Puy – 52, ЭСИ – 12, Howmedica – 24, гибридных конструкций – 14, Мюллера - 13.

Наблюдения показали, что у большей части больных с дисплазией тазобедренного сустава чрезмерно выражена антеверзия шейки, в связи с этим ориентацию бедренного компонента эндопротеза проводили по фронтальной плоскости. С целью облегчения низведения и вправления головки, декомпрессии и снижения трения компонентов, а также уменьшения давления между имплантатом и костью, производили субпериостальное отсепарирование m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу(№ IAP 20100081).

Из 136 оперативных вмешательств по поводу диспластического коксартроза в у 12 больных выполнена ревизия области эндопротеза в сроках от 2 до 11 лет. Причем у 3 больных реэндопротезирование выполнено дважды. В 3 -случаях произведена замена ножки эндопротеза, в 6 – случаях замена вертлужного компонента, При протрузии вертлужного компонента реимплантации выполнялась с костной пластикой дна впадины аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Таким образом, современным и высокоэффективным методом лечения больных с диспластическим коксартрозом является эндопротезировании пораженного сочленения. При этом в случае дефекта задне-верхнего края вертлужной впадины необходимо выполнение костной пластики. Для лучшей мобилизации и низведения бедренной кости необходимо выполнить тенотомию m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра. И, наконец, важным моментом является подбор правильной пространственной ориентации тазового и бедренного компонентов эндопротеза.

СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА И ЕЁ ОСНАЩЕНИЯ

А.И. Хасанов, А.Т. Усмонов, С.Н. Махсудов, К.А.Ибрахимова
Ташкентский Государственный стоматологический институт

В оптимальном варианте стоматологический кабинет – это структурная единица стоматологических поликлиник и отделений, размещенных в типовых зданиях. Однако при соблюдении требований санитарных правил и нормативов допускается размещение стоматологических медицинских организаций не только в отдельно стоящих зданиях, но и в приспособленных помещениях, встроенных (встроено-пристроенных) в здания жилого и общественного назначения. Кабинеты могут быть организованы также в общих

поликлиниках, больницах, санаториях, школах и других учреждениях, где требуется оказание стоматологической помощи.

В современных условиях стоматологический кабинет должны быть обеспечен централизованным водоснабжением и канализацией, иметь естественное освещение и высоту не менее 2,6м (от пола до потолка). Площадь кабинета на одну стоматологическую установку составляет 14 кв. м, на каждую последующую 10 кв. м (на стоматологическое кресло без бормашины 7 кв. м). В кабинете оборудуется система общеобменной механической вентиляции (приточно-вытяжной) с кратностью воздухообмена 3 раза в час по вытяжке и 2 раза в час по притоку. Независимо от наличия общеобменной вентиляции в кабинете должны быть легко открывающиеся фрамуги или форточки. Сегодняшний стоматологический кабинет должен быть эффективно оборудован. Под эффективным оборудованием понимают создание единого целого с функциональной точки зрения, обеспечение высокой степени гигиены, комфорта для пациента, эстетики. В стоматологическом кабинете не должно размещаться более трех кресел при условии разделения рабочих мест непрозрачными перегородками до 1,5м высотой. Мировой уровень лечения стоматологических заболеваний предусматривает работу на установках с помощником врача.

Рабочее место врача оснащено стоматологической установкой, стоматологическим креслом и стулом. Наиболее рациональной позой врача при работе является положение сидя. Однако стул для врача должен иметь регулируемую высоту с опорой для спины и ног, быть устойчивым при боковых и передне-задних движениях, легко перемещаться по отношению к установке. По конструкции стоматологическая установка вместе с креслом пациента должна быть простой, что облегчает проведение дезинфекции. Кресло должно быть гладким, округлые поверхности – без швов, удобным для пациента. Стоматологическое кресло предусматривает возможность придания пациенту сидячего, полулежачего и лежачего положения, что обеспечивает удобство работы врача. Современная стоматологическая установка представляет собой комплекс пневматических, электрических, гидравлических и электронных узлов. Установка должна иметь модульный блок врачебных инструментов минимум на три выхода (микромотор, высокоскоростная турбина, универсальный воздушный пистолет). Более сложные модульные блоки имеют дополнительные выходы для пневматических скеллеров и дополнительных микромоторов. Кроме того, установка должна быть оснащена блоком-плевательницей с автосмывателем, отсосно-дренажной системой, системой для наполнения стакана, слюноотсосом, пылеулавливателем, светильником с регулировкой положения и интенсивности освещения, блоком ассистента.

Рабочее место медицинской сестры или помощника врача имеет:

передвижной столик и стул, снабженный выдвижными ящиками для хранения материалов, лекарств;

шкаф с вмонтированной кварцевой лампой для хранения стерильного инструментария;

Кроме того, в кабинете должен быть шкаф для хранения инструментария, материалов, лекарственных веществ и аптечки неотложной помощи, шкаф для хранения ядовитых (А) и сильнодействующих (Б) лекарственных средств, письменный стол врача. Для работы санитарки необходимы стол для сортировки использованных инструментов, раковина для мойки инструментов, помещение для хранения уборочного инвентаря. Основным критерием при выборе мебели является качество ее поверхности. Необходимым условием при этом является простота влажной протирки и дезинфекции. Рабочая доска должна быть устойчивой к действию химикатов и легко дезинфицируемой.

Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний требуют наличия дополнительного стоматологического оборудования в кабинете, к которому относят:

1.Негатоскоп;

2.Аппарат для электроодонтодиагностики или витальный тестер состояния пульпы зуба или диагнодент;

3.Ультразвуковой или пневматический скеллер;

4.Эндодонтический наконечник;

5.Апекслокатор;

6.Аппарат для ультразвуковой обработки каналов;

7.Прибор для внутриканального электрофореза;

8.Прибор для диатермокоагуляции;

9.Прибор для внутриканальной лазеротерапии;

10.Прибор для депофореза гидроокиси Са;

11.Печь для разогрева гуттаперчи или термофил;

12.Набор внутриканальных штифтов;

13.Лампа для светополимеризации пломбировочного материала с таймером и 14.Защитным экраном для глаз;

15.Зубоврачебные наконечники;

16.Турбинные микромоторы;

17.Радиовизиограф.

К необходимому оснащению стоматологического кабинета относят наборы инструментов для:

проведения профессиональной гигиены;

лечения заболеваний твердых тканей зубов;

консервативного лечения заболеваний пародонта;

избирательного пришлифовывания зубов.

Мелкий инструментарий:
боры, периополиры, периоторы;
эндодонтические инструменты;
полировочные средства (диски, щетки, полоски);
шприцы для инъекций.

Лечение стоматологических заболеваний предусматривает использование материалов и медикаментов:
пломбировочных материалов;
оттискных масс;
шинирующих нитей;
медикаментозных средств для местного лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;
препараты для временного шинирования зубов (Fibruspan, GlasSpan, Ribond);
препараты остеотропного действия;
препараты фтора (фтористый гель, фтористый лак, реминерализующие растворы).

Современная эпидемиологическая обстановка требует использования одноразовых индивидуальных аксессуаров:
защитные экраны;
маски;
перчатки;
салфетки;
стаканы;
насадки на слюноотсосы и пылеулавливатели.

При наличии в поликлиниках, отделениях, кабинетах по оказанию узкоспециализированной стоматологической помощи больным их оснащение дополняется аппаратурой, инструментами, лекарственными средствами в зависимости от специфики. Например к таким кабинетам относятся пародонтологический, кабинет для приема и лечения больных с патологией слизистой оболочки полости рта, кабинет функциональной диагностики.

РОЛЬ ГЛАВНОГО СТОМАТОЛОГА В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СЛУЖБЫ РЕГИОНА

А.И. Хасанов, А.Т. Усмонов, С.Н. Махсудов, К.А. Ибрахимова
Ташкентский Государственный стоматологический институт

В Узбекистане стоматологическую службу планирует и контролирует Министерство Узбекистана, в регионах Республики – их администрации, в состав которых входят министерства, областное здравоохранения и городские отделы здравоохранения. На всех административных уровнях управления здравоохранением предусмотрена должность главного специалиста, в том числе по стоматологии. Главные специалисты назначаются из числа наиболее квалифицированных врачей-стоматологов, профессоров, доцентов, научных сотрудников, работающих в области стоматологии и знающих организацию стоматологической помощи населению. Наиболее часто эти должности занимают главные врачи областных (республиканских, краевых) или крупных городских стоматологических поликлиник, в условиях района – главный врач районной стоматологической поликлиники.

Формы и методы работы главного стоматолога Главный стоматолог осуществляет:
1.Научное и организационно-методическое руководство работой стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов;
2.Проведение мероприятий по организации и обеспечению стоматологической помощью населения;
3.Внедрение в практику работы стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов) новых методов профилактики и лечения заболеваний зубов, челюстей, слизистой оболочки полости рта;
4.Оказание лечебно-консультативной помощи областной стоматологической поликлиникой городским и районным поликлиникам (отделениям, кабинетам); городской стоматологической – отделениям, кабинетам районных поликлиник;
5.Организация контроля качества лечебно-профилактической работы поликлиник, отделений, кабинетов;
6.Анализ стоматологической заболеваемости населения;
контроль над выполнением планов развития стоматологической помощи в области, городе, районе;
7.Контроль проведения плана санации полости рта организованным контингентам населения;
8.Контроль выполнения плана мероприятий по усовершенствованию врачебного и среднего мед. персонала;
9.Предоставление справки о состоянии стоматологической помощи населению в управления, департаменты и министерства здравоохранения.

Для полного удовлетворения потребностей населения в стоматологической помощи необходимы сеть учреждений и кадры стоматологического профиля с учетом существующих уровней и структуры патологии челюстно-лицевой области, где роль главного специалиста имеет особое значения. Реформы здравоохранения, проводимые в Узбекистане в последние десятилетия, не могли не коснуться стоматологической помощи. Реформирование организации стоматологической помощи осуществляется разгосударствлением и приватизацией государственных медицинских учреждений, внедрением рыночной экономики, развитием частного сектора и предпринимательства. В современных условиях стоматологическую помощь населению оказывает сеть государственных и коммерческих стоматологических учреждений. Изменение форм собственности привело к образованию новых структур: частные стоматологические клиники, центры профилактики, узкоспециализированные клиники. К настоящему времени в Узбекистане сформировалось две формы собственности: государственная и частная.

Главный специалист по региону организует населению

1. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Стоматологическая помощь в рамках ПМСП организуется в сельской и городской семейной поликлинике, в том числе детской, районной стоматологической поликлинике, центральной региональной стоматологических поликлиник и отделения челюстно-лицевой хирургии. В *городском* округе стоматологическая помощь организуется в городской поликлинике, в том числе детской, центре, медсанчасти, городской больнице. ПМСП является гарантированным (доступным и бесплатным) видом помощи, оказываемой гражданам в зоне их первого контакта с системой здравоохранения. Она включает профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию наиболее распространенных заболеваний, а также травм, острых воспалительных заболевание челюстно-лицевой области.

2. Стоматологическая специализированная медицинская помощь.

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Стоматологическим больным она организуется в учреждениях здравоохранения субъектов Узбекистана (областная, республиканская, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр).

3.Высокотехнологическая (дорогостоящая) стоматологическая помощь. Специализированная медицинская помощь, оказываемая с использованием ресурсных технологий на стационарном этапе. Перечень видов этой помощи утверждает Министерство здравоохранения

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Хасанов Д.Ш. Хакимов Т.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема лечения злокачественных опухолей желудка остается весьма актуальной, так как общее число ежегодно заболевших остается значительным и в мировой структуре смертности рак желудка уступает свое лидирующее место только раку легкого. Без лечения медиана выживаемости больных диссеминированным раком желудка составляет всего 3-4 месяца. Четыре рандомизированных исследования, в которых сравнивались результаты химиотерапии и симптоматической терапии, убедительно продемонстрировали, что лекарственная терапия позволяет увеличить продолжительность жизни этих больных с 3 до 10 месяцев. Однако если больные не отвечают или прогрессируют после первой 4 линии лекарственной терапии, не существует стандартов второй линии химиотерапии.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных диссеминированным раком желудка с прогрессированием после химиотерапии первой линии.

Материалы н методы. В нашей работе анализу было подвергнуто 44 истории болезни пациентов с диссеминированным раком желудка, которые получали лечение в отделении химиотерапии АООД в период с 2008 г. по 2016 г. Обследованные больные были разделены на 2 группы в зависимости от проведения методов лечения: 1 группа состояла из 20 больных, которым проводили химиотерапия первой линии, 2 группа имела 24 больных получившую химиотерапию первой и второй линии.

Результаты исследования. В первой линии использован режим PF: Цисплатин 75 мг/м2 в/в кап 1 день + 5-фторурацил 1000 мг/м2 в день в/в инфузия 1-5 дни, курс повторяют каждые 4 недели. Во второй линии химиотерапии были использован режим DCF: Цисплатин 75 мг/м2 в/в кап. 1 день + Доцетаксел 75 мг/м2 в/в ^ кап. 1 день + Капецитабин 750 мг/м2 х 2 раза в день, внутрь 1-14 дни, курс повторяют каждые 3 недели.

Оценка эффективности лечения проводилась каждые 6 недель с помощью ультразвукового исследования, эзофагогастродуоденоскопии,

Проведен однофакторный анализ выживаемости по следующим показателям: возраст, пол, анемия на момент начала второй линии, локализация первичной опухоли, гистологический тип опухоли,

степень дифференцировки опухоли, наличие метастазов в печень, по брюшине, режим использованные в первой линии химиотерапии.

Объективный ответ 10,7% -44,2%, стабилизация болезни 44,8%- 67,1%

1-летняя безрецидивная выживаемость 10,6%- 18,4%, медиана продолжительности жизни 8,5 месяц, 12,2 месяц, 1-летняя общая выживаемость 31,0% -46,1% в первом и втором группе соответственно.

Вывод: Химиотерапия II линии увеличивает медиану продолжительности жизни больных метастатическим раком желудка на 3,7 мес. Проведение химиотерапия II линии целесообразно у больных в хорошем общем состоянии с длительностью без рецидивного периода 5 и более месяц с момента начала I линии химиотерапии.

ГЕПАТАЦЕЛЛЮЛЯР КАРЦИНОМА ХИМИОТЕРАПИЯСИ

Хасанов Д.Ш.
Андижон давлат тиббиёт институти.

Мавзуни долзарблиги: Хозирги кунда бирламчи жигар саратони билан беморларнинг 70-75% кечки босқичларда аниқланаётганлиги ачинарли холатдир. Махсус даво ўтказилмаган кечки босқичларда аниқланган жигар саратони билан беморлар яшовчанлик медианаси 5-6 ойни ташкил қилади. Бундай беморлар асосий даво усули химиотерапия хисобланади. Гепатацеллюляр карциноманинг замонавий химиотерапияси келажаги таргент даво хисобланмоқда. Гепатацеллюляр карциномада таргент химиотерапия беморлар яшовчанлик курсаткичини сезиларли даражада ортиради.

Тадқиқот махсади: Гепатацеллюляр карциномани даво натижаларини яхшилаш.

Материал ва услублар: Тадқиқот 2017-2020 йилларда РИОРИАТМ Андижон филиали химиотерапия бўлимида бирламчи жигар саратони ташхиси билан даволанган 32 нафар бемор кузатув натижаларига асосланган. Тадқиқот 2 гурухда ўрганилган, 1-гурухда GP схемада, 2-гурухда доксорубицин+сарафениб схемада химиотерапия ўтказилган.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гурухда химиотерапия GP: Гемцитабин 1000мг/м2 1-8 кунлар, Цисплатин 25 мг/м2 1-8 кунлар режими қўланилган, даво курс хар 4 хафтада такрорланган. Иккинчи гурухда химиотерапия Доксарубицин 80мг/м2 1-кун, Сарафениб таблетка 30мг-2махал 90кун давомида режими қўланилган, даво курсида доксарубицин хар 4 хафтада такрорланган. Даво самарадорлиги хар 4 хафтада клиник ва ультратовуш, хар 3 ойда МСКТ текширувлар ёрдамида бахоланган. Даво самарадорлигини тахлил қилишда бирламчи ўсма локализацияси, хажми, дифференсировка даражаси, алохида метастазлар мавжудлиги, бемор ёши, жинси, хамрох касалликлари эътиборга олинди.

Ўтказилган давога объектив жавоб 1-гурухда- 18,7%, 2-гурухда- 27,2%, жараён стабилизацияси 42,8%- 66,1%, хаёт давомийлиги медианаси ўртача 7,5 ой, 10,3 ой, 1 йиллик умумий яшовчанлик 34,0% - 41,5% биринчи ва иккинчи гурухда мос равишда ташкил қилган.

Хулоса: 3-4-босқичда аниқланган бирламчи жигар саратонида таргент химиотерапияни қўлланиши, беморларни стационарда бўлиш кунларини қисқартиради, хаёт давомийлиги медианаси ўртача 2,8 ойга ортиради. касаллик стабилизацияини 23,3%га узайтиради.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА С КАНЦЕРОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ

Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д. З., Хакимов Т.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

За последнее десятилетие в Узбекистане, отмечают увеличение заболеваемости раком желудка. При этом в большинстве случаев рак желудка диагностируется на поздних стадиях, когда опухоль является нерезектабельной. Данные литературы, а также результаты исследований указывают на тот факт, что канцероматоз брюшины, является ключевым фактором, определяющим прогноз заболевания, качество жизни пациента и эффективность проводимой терапии. Перитонеальный канцероматоз представляет собой имплантационное метастазирование злокачественных опухолей из желудочно-кишечного, овариального или мезенхимального источников. Это вторичный процесс и объективно проявляется канцероматозными узлами различного диаметра на поверхности брюшины. Данный патологический процесс рассматривается как локальный, лечение которого в своем большинстве проводится на основе прямого воздействия на брюшинные патологические очаги.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения рака желудка с канцероматозом брюшины.

Материалы и методы. Проводится морфологическое исследование операционного материала от 27 пациентов больных раком желудка с канцероматозом брюшины и асцитом Gr IV, T3–4N0–3M1. На данный момент проводится набор группы пациентов и материала для исследования. Обработка полученных данных выполнялась с использованием пакета программ «Statistica10.0».

Результаты исследования. Исследование гистотипа опухоли показало, что в большинстве случаев среди больных раком желудка с канцероматозом брюшины и асцитом встречается низкодифференцированная аденокарцинома (44,4%), перстневидноклеточный рак (37,03%). На момент обращения за помощью у 70% пациентов опухоль тотально поражает желудок и выходит на абдоминальный отдел пищевода. Остальные 30% имеют субтотальное поражение. Преимущественно опухоль поражает проксимальные отделы желудка. В связи с этим у пациентов развивается дисфагия, различной степени тяжести, нутритивная недостаточность, часто кахексия. На момент обращения ECOG статус у большинства пациентов 1–3, что несколько затрудняет проведение какого-либо специализированного лечения (химиотерапия, паллиативное оперативное). Индекс канцероматоза у большинства пациентов варьирует от 15–19 до 39 (максимальное значение данного показателя). Не все пациенты могут получать химиотерапию в необходимом объеме. Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что данная категория пациентов является прогностически неблагоприятной, и требует особого внимания и подхода в лечении.

Вывод. Результаты исследования вновь показывают, что рак желудка с канцероматозом брюшины является актуальной проблемой для онкологов. Отсутствие успехов в терапии низкодифференцированной аденокарциномы и перстневидноклеточного рака желудка, которые плохо поддаются химиотерапии и являются прогностический неблагоприятными факторами.

ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Хасанов К.У., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сосудистые заболевания головного мозга являются важнейшей медико-социальной проблемой в целом, и для анестезиологии-реаниматологии в частности, в связи с их большой распространенностью, высокой смертностью и высокой степенью инвалидизации.

Следует констатировать, что благодаря эффективной и своевременной нейрореанимационной и нейрохирургической помощи, больные с массивными сосудистыми поражениями мозга все чаще переживают острейший период, и неврологические осложнения инсульта во многих случаях уже не определяют тяжесть состояния больных и летальный исход.

На первый план при тяжелом инсульте, который встречается в 45 % случаев, начинает выступать экстрацеребральная патология, а присоединение вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАЛ) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) приводит к более чем к 3-х кратному увеличению летальности (например, 30-дневняя летальность у пациентов с пневмонией была 26,9 %, а без присоединения пневмонии - 4,4 %).

Цель исследования. Улучшить качество интенсивной терапии больных с инсультами на основе разработки и внедрения алгоритма диагностики и лечения вентилятор-ассоциированных пневмоний.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с вентилятор ассоциированной пневмонией, у которых впоследствии была выявлена недостаточность мозгового кровообращения, для выполнения задачи.

Результаты исследования. У пациентов с геморрагическим инсультом, при отсутствии значимой легочной патологии, показатели механических свойств легких и газообмена на всех этапах наблюдения не зависели от методики искусственной вентиляции лёгких. Показатели церебральной оксиметрии, оксигенации гемоглобина в луковице ярёмной вены, уровни церебрального перфузионного давления и линейной скорости кровотока в бассейне средней мозговой артерии выглядели предпочтительнее при проведении вентиляции, контролируемой по объёму. Значения ВЧД не имели достоверных различий при вентиляции легких с контролем по объему или по давлению.

У больных с геморрагическим инсультом увеличение уровня положительного давления конца выдоха до 15 см вод. ст. не влечет за собой значимого возрастания внутричерепного давления, изменения показателей церебральной оксиметрии, оксигенации крови в луковице внутренней яремной вены и церебрального перфузионного давления. При увеличении PEEP происходит снижение средних линейных скоростей кровотока преимущественно на стороне поражения при сохранении индекса резистивности практически на исходном уровне.

У больных с ишемическим инсультом, при отсутствии значимой легочной патологии, показатели механических свойств легких и газового состава крови значимо не различаются при респираторной поддержке, контролируемой по объему и по давлению. Имеется тенденция к поддержанию более благоприятных показателей церебральной оксиметрии (Sr02) и оксигенации в луковице яремной вены (Svj02), при вентиляции легких с контролем по объему (VC) но различия с аналогичными показателями при вентиляции, контролируемой по давлению, укладывались в пределы статистических погрешностей.

У больных с геморрагическим инсультом длительность проведения респираторной поддержки не зависит от варианта ИВЛ (VC или PC), но за счет тенденции к снижению летальности, при вентиляции с контролем по объему, в сравнении с контролем по давлению, увеличивались сроки нахождения больных как в отделении анестезиологии-реанимации, так и в стационаре в целом. Однако при ишемическом инсульте получены противоположные данные. При этом у всех выживших пациентов с ОНМК конечный неврологический статус при оценке по шкале исходов Глазго (008) не зависел от варианта ИВЛ.

Внедрение разработанной программы респираторной поддержки на этапах интенсивной терапии больных с острым нарушением мозгового кровообращения позволит улучшить результаты лечения данной категории больных в условиях отделений региональных и первичных сосудистых центров за счет снижения сроков проведения респираторной поддержки больного, а так же - сокращения пребывания пациента в ОРИТ и в стационаре.

Вывод. Программу антибактериальной терапии, как при ранней, так и при поздней ВАЛ, целесообразно выполнять с учетом сроков ее возникновения, локальных характеристиках антибиотикорезистентности, результатах микробиологического мониторинга и динамики уровня СРБ на 3-й сутки от момента начала антибактериальной терапии.

Оценку эффективности лечения пациентов с ВАЛ и ОНМК необходимо проводить не только с учетом объема повреждения мозга, но и факторов риска неблагоприятного исхода (нарастание проявлений органной недостаточности оцененной по шкале SOFA более 6 баллов при развитии ВАЛ; отсутствие уменьшений проявлений органной дисфункции на 3-й сутки от момента развития ВАЛ; повышение уровня натрия до верхних границ нормы на 7-е сутки от момента развития ВАЛ; тяжесть повреждения по шкале LIS более 0,6 баллов при развитии ВАЛ; необходимость смены АБТ в более 50 % случаев).

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ КАТАСТРОФАМИ

Хасанов К.У., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Термин “нарушение мозгового кровообращения (НМК)” обозначает комплекс неврологических симптомов различной степени выраженности, возникающих в связи с заболеваниями и поражениями мозговых сосудов.

Термин не является специфичным и включает в себя несколько нозологий, при которых преобладающими являются синдромы ишемизации атеромотозной или эмболической природы, а также субарахноидальные или внутримозговые кровоизлияния.

Цель исследования. оценить предикторы развития пневмонии у пациентов с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с вентилятор ассоциированной пневмонией, у которых впоследствии была выявлена недостаточность мозгового кровообращения, для выполнения задачи.

Результаты исследования. В исследование было включено 140 пациентов, из них 84 (60,0%) с ОНМК по ишемическому типу, 33 (23,6%) с ОНМК по геморрагическому типу и 23 (16,4%) с острым инфарктом миокарда.

Изучена связь развития пневмонии с возрастом пациентов, полом, длительностью госпитализации, использованием ИВЛ, катетеризацией центральных вен, наличием СД и ХОБЛ. Средний возраст пациентов с пневмонией составил 77Ѓ}9 лет, а без пневмонии 75Ѓ}12 лет.

Средняя длительность госпитализации умерших пациентов с пневмонией, по медиане была 13 (7,25; 25) суток, а без пневмонии 3 (1; 10,25) суток. Пневмония развилась у 39 (72,2%) мужчин и 57 (66,3%) женщин.

ХОБЛ был диагностирован у 98 (70%) пациентов. Сахарный диабет 2-го типа был у 19 (13,6%) пациентов. Катетеризация ЦВ выполнялась у 108 (77,1%) пациента. У 83 (59,3%) пациентов за время стационарного лечения использовалась ИВЛ.

Вывод. Оценку эффективности лечения пациентов с ВАЛ и ОНМК необходимо проводить не только с учетом объема повреждения мозга, но и факторов риска неблагоприятного исхода (нарастание проявлений органной недостаточности оцененной по шкале SOFA более 6 баллов при развитии ВАЛ; отсутствие уменьшений проявлений органной дисфункции на 3-й сутки от момента развития ВАЛ; повышение уровня натрия до верхних границ нормы на 7-е сутки от момента развития ВАЛ; тяжесть повреждения по шкале LIS более 0,6 баллов при развитии ВАЛ; необходимость смены АБТ в более 50 % случаев).

МАТЕРИАЛЫ О РОЛИ СОСУДИСТЫХ МИКРОЦИРКУЛЬЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА И ОБОСНОВАНИЯ ГЕМИГАСТРЭКТОМИИ С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Хасанов Х.Х., Мехманов А., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Сайфутдинова М.А.
Андижанский медицинский институт Республика Узбекистан

Учитывая значение сосудистой системы в патогенезе язвенной болезни (Дорофеев Г.И, Успенский В.М.1984) нами в эксперименте на 43 беспородных собаках, примерно одинакового возраста и веса (10-15 кг) изучена ангиоархитектоника вне и внутриорганных кровеносных и лимфатических сосудов и микроциркуляторное русло (МЦР) стенки желудка до (10) и после создания модели нарушения кровообращения (33) путем скелетизации тела и кардии органа (СПВ) в сроки 1-7 дней до 1 года, эксперементально- анатомическими и гистологическими методами: Установлено, что на рентгенангиограммах,
просветленных препаратах и на микрорентгеноангиограммах желудка, сосудистый рисунок малой кривизны, тела и кардии желудка относительно бедный по сравнению с передней и задней стенкой и большой кривизной желудка. Она представлена крупно петлистой сетью капилляров слизистой оболочки и поперечно направленных по отношению оси желудка возвратных артериальных сосудистых стволиков в подслизистой основе. В условиях нарушенного кровообращения там же обнаружены множественные артериоло - венулярные анастомозы по типу « шунта » и « полушунта » (Джонсон П 1982). Эти функциональные единицы способствуют поступлению крови непосредственно от артериол к венулам, минуя капилляры слизистой оболочки органа, вызывая застой и ишемию в венозной и лимфатической звеньях МЦР что приводит к хронической ишемии атрофии и слизистой малой кривизны желудка. (Мехманов А. 2002).

И так, в условиях нарушенного кровообращения наступает резкое нарушения микроциркуляции, особенно в кардии и теле органа, вследствие денервации и деваскулиризации. Это приводит к застою в венозной системе, гипоксии и ишемии. Микроциркуляторные нарушения ликвидируется в течение 1 года, образуя фиброз стенки желудка.

На основании результаты экспериментов о роли структурной перестройки звеньев МЦР в условиях нарушенного кровообращения в патологии желудка нами применятся способ резекции ½ желудка с иссечением малой кривизны и селективной ваготомией (А.с. 0433/ дф от 17,02,02,), при хирургическом лечение больных гастродуоденальными язвами. По этой методике оперировано 262 больных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА

Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С. З.
Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова

Введение. Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинико-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования: оценить токсичность нового отечественного гемосорбента.

Материалы и методы. Исследования проведены на 138 белых половозрелых беспородных крысах первого года жизни массой 190 – 300 г и 5 белых кроликах-альбиносах обоего пола, различной массы тела. Для определения параметров острой и хронической токсичности использованы методики и критерии ISSN 2011. После последнего введения водной суспензии препарата (растворенный в физиологическом растворе сорбент) у всех групп животных из хвостовой вены была взята кровь для развернутого анализа гематологических показателей. Затем под общим обезболиванием забирали кровь для развернутых биохимических исследований у животных из полости сердца путем прокола кожи в проекции сердца. В последующем извлекали внутренние органы для морфологических исследований. Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETS N 123), Страсбург, 18.03.1986 г. Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, частота сердечных сокращений, по содержанию общего белка, альбумина, активности аспартат-аминотрансферазы (АСаТ) и аланинаминотрансферазы (АЛаТ), креатинина , щелочной фосфатазы , γ-гамма-глутамил-трансферазы, холестерина, общего билирубина и их фракций в сыворотке

крови. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента. После окончания хронического эксперимента проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко.

Результаты исследования. Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. За время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Заключение. Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что предложенный отечественный вариант углеродного гемосорбента по параметрам острой токсичности при внутрибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на гематологические и биохимические показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Д.Ш.Хожиметов., К. Бахриддинов., С.Б.Мамасолиев

Актуальность. В мире язвенной болезнью ежегодно заболевает не менее 4 миллионов человек, а перфорация язвы происходит у 5% из них. Несмотря на появление современных противоязвенных препаратов в последнее десятилетие был отмечен как общий рост заболеваемости населения язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, так и увеличение количества осложненных форм язвенной болезни. Летальность при перфорации язвы колеблется от 1,3 до 29,4%. Это связано с тем, что выраженность перитонита влияет на выбор способа первичной операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, а прогрессирование перитонита у каждого пациента происходит по-разному. До настоящего времени не существует объективных признаков агрессивности течения перитонита, и поэтому нет единого мнения о возможных сроках выполнения патогенетически обоснованного оперативного пособия у этих больных

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки за счет выбора оптимального объема первичной операции, основанного на прогнозирования агрессивности течения перитонита.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов лечения 86 больных с хроническими ПДЯ, осложненными прободением, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии с экстренной медицинской помощью на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского Государственного медицинского института с 2015 по 2020 годы. При диагностике использовались общеклинические методы исследований (жалобы, анамнез, объективный осмотр), в сочетании рентгеноскопией, ультразвукового исследования (УЗИ), ФЭГДС.

Все пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 66 пациентов последовательно поступивших в стационар, результаты лечения которых оценивали ретроспективно. Основную группу составили 20 последовательно поступивших пациента, лечение которых осуществляли на основании разработанных принципов. Эту часть исследования проводили проспективно. Изучали характер микрофлоры в экссудате брюшной полости, определяли его pH. Устанавливали связь значения показателя pH и характера микрофлоры экссудата брюшной полости. В процессе работы применяли клинические, лабораторные, инструментальные, микробиологические, морфологические статистические методы исследования, основанные на методах доказательной медицины.

Среди больных, вошедших в исследование, было 72 мужчин и 14 женщин. Средний возраст пациентов составил 52,3 ± 6,7 лет. 74 больных обратились за медицинской помощью в первые 24 часа от начала заболевания (86 %), 12 (14,%) позднее 24 часов. У 32 больных (32,7%) язвенный анамнез отсутствовал и перфорация была первым проявлением язвенной болезни.

Результаты. Таким образом, у больных с давностью перфорации свыше 24 часов было отмечено статистически значимое увеличение количества бациллярной микрофлоры на 34,8% ($F = 0,00060$ ($p < 0,05$))

и статистически значимое снижение количества отрицательных результатов посева на 31,7% (F = 0,00062 (p < 0,05)). Полученные данные свидетельствуют о том, что качественные изменения состава микрофлоры в экссудате брюшной полости происходят после 24 часов от момента перфорации. Результаты значения pH экссудата брюшной полости пациентов контрольной группы в зависимости от давности от момента перфорации.

Заключение. Таким образом, у 79,2% пациентов контрольной группы и у 100% пациентов основной группы во время операции был удален морфологический субстрат заболевания-иссечена язва. При этом хирург заведомо снижал или полностью исключал вероятность развития таких осложнений как пилородуоденальный стеноз, кровотечение из ушитой язвы и несостоятельность швов в зоне ушитой перфорации при наличии воспалительного периульцерозного некроза и васпалитольного инфильтрата.

ОБОСНОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хожиметов Д.Ш., Нишанов М.Ф., Бахриддинов К.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследование. Улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией и кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода путем применения эндоскопической коррекции.

Материал и методы. В период с ноября 2018 года по февраль 2020 года в отделении 3 хирургии и эндоскопии АГМИ у 90 больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода выполнено 98 эндоскопических лигирований. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении гепатологии и 3 - хирургии АГМИ. Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3 степени согласно указанной выше классификации. Средний возраст пациентов составил 50 года (min 25 - max 75), из них мужчин было 48 (53,6 %), женщин - 42(46,4%). Распределение больных по этиологии развития цирроза печени было представлено следующим образом: Вирусные гепатиты - 30 (33,3 %), цирроз смешанной этиологии - 22 (25 %), первичный билиарный цирроз печени - 15 (16,6%), токсический - 12 (13%) цирроз неясной этологии - 11 (12%). Всем пациентам первым этапом лечения проводился временный гемостаз с использованием зонда Сенгстакена-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 H_2-ретцепторов с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза.

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 4 (4.1%) пациентам из группы наблюдения потребовались повторные лигирования (2 раз за период наблюдения). У 4 (4.1%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились кровотечения из ВРВ (3 дней послеэндоскопическом остонавка). 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.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЕ И В СЕРДЦЕ

Холмирзаев Х.Х., Мўйдинов М.Б., Хакимов З.К.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. Сердечнососудистые заболевания, и в первую очередь ишемическая болезнь сердца, продолжают оставаться ведущей причиной смертности в большинстве развитых стран. Наиболее драматичным ее проявлением следует считать внезапную смерть (ВС). Всемирная организация здравоохранения определяет ВС как засвидетельствованную ненасильственную смерть, происходящую мгновенно или в течение 1 часа после начала острых симптомов.

ВС, обусловленную патологическими изменениями со стороны сердца или коронарных артерий, принято называть внезапной сердечной смертью (ВСС),

Цель исследования. В связи с изложенным целью исследования явилось изучение стуктурно-функциональной организации миокарда и гипоталамо-гипофизарной системы при внезапной сердечной смерти в судебно-медицинской практике.

Материал и методы исследования. Основную группу составили 50 трупов умерших в 2019—2021 гг. от острой коронарной недостаточности вследствие ИБС, группу сравнения — 20 трупов лиц, скончавшихся от острой кровопотери на месте происшествия вследствие повреждения крупных магистральных сосудов — аорты и сонной артерии, колото-резаных ранений сердца.

Результаты и исследования. Таким образом, при внезапной сердечной смерти обнаружены расстройства кровообращения в виде тромбоза венечных артерий, неравномерного полнокровия, иногда стазов, сладжей и «плазматических сосудов», а также застойного полнокровия сосудов микроциркуляторного русла, очаговых кровоизлияний, отека стромы и околоклеточных пространств.

В сердечной мышце выявлены признаки фибрилляции желудочков сердца, морфологическими эквивалентами которой служат контрактурные повреждения, волнообразная деформация и диссоциация кардиомиоцитов. В синоатриальном и предсердно-желудочковом узлах сердца при острой коронарной недостаточности отмечалось высокое содержание адреналин-позитивных клеток.

При острой кровопотере также было выявлено большое количество маркеров фибрилляции желудочков сердца (контрактурные повреждения, волнообразная деформация и диссоциация кардиомиоцитов). В то же время содержание адреналин-позитивных клеток в нервных узлах сердца при острой кровопотере было в 3 раза меньше, чем при внезапной сердечной смерти.

Для выяснения механизма развития фибрилляции желудочков сердца при острой коронарной недостаточности и возможности использования в качестве дополнительных критериев судебно-медицинской диагностики внезапной сердечной смерти маркеров фибрилляции желудочков сердца и иммуногистохимических признаков катехо л аминов, также был изучен морфологический субстрат активности органов гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Сравнительный анализ миокарда и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при внезапной сердечной смерти показал наличие в них выраженных морфофункциональных изменений.

Предложенные диагностические критерии внезапной сердечной смерти позволят повысить качество исследований в патологоанатомической и судебно-медицинской практике, особенно в случаях интактных коронарных сосудов.

Вывод. Полученные данные о морфо-функциональных изменениях в миокарде и в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе при внезапной сердечной смерти будут способствовать разработке новых методов профилактики и лечения ишемической болезни сердца.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Хошимов С. З., Хакимов Д. М., Касимов Н. А., Хамдамов Х. Х., Умматалиев Б. Т., Асранов Ш. Я.
Кафедра общей хирургии, фиброэндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета усовершенствования и переподготовки врачей АГМИ.
Андижанский филиал РНЦЭМП.

Актуальность. Острый аппендицит – одна из самых частых нозологий, с которой встречается хирург общего профиля в своей рутинной практике. При этом на долю экстренных оперативных вмешательств по

поводу острого аппендицита составляет от 20 до 85%, а аппендэктомия занимает первое место среди остальных неотложных операций.

Диагностические ошибки составляют 15–25% и выше. Количество необоснованных аппендэктомий достигает 30–40%.

С развитием малоинвазивных технологий лапароскопия заняла достойное место в диагностике и лечении больных с острым аппендицитом.

Целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 95 больных острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка за период с 2015 по 2021 г.

Результаты исследования. Полное ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка встречалось в 29 случаях, неполное - в 66. Лапароскопия, проведенная в 11 случаях при полном ретроперитонеальном и в 21 случае при неполном ретроперитонеальном 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 аппендэктомии сохранялись явления местного перитонита, что потребовало лапароскопии и санации брюшной полости с хорошим эффектом в ближайшем послеоперационном периоде.

Широкое применение лапароскопии позволило значимо уменьшить травматичность вмешательств за счет уменьшения частоты срединных лапаротомий. Также использование оптимизированной хирургической тактики позволило значимо уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений.

Рузультаты исследования. При сравнительной оценке эффективности различных тактических подходов в лечении острого аппендицита с ретроперитонеальным 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 видеоассистированным операциям позволяет значимо уменьшить частоту аппендэктомий посредством срединной лапаротомии. Применение оптимизированной тактики хирургического лечения острого аппендицита при ретроперитонеальном расположении отростка также позволяет значимо уменьшить частоту раневых послеоперационных осложнений. Лапароскопия в сочетании с санацией брюшной полости является эффективным компонентом в комплексном лечении некупируемого послеоперационного перитонита.

Заключение. Таким образом, 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 в целом улучшает результаты лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Худайбердиев К.Т., Шакиров О.М., Мамадалиев А.Б., Кадиров А.А.
Андижанский Государственный медицинский институт

Целью исследования явилось изучение вопросов диагностики и лечения опухолей головного мозга.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включены данные комплексного обследования и лечения 35 (21 женщин, 14 мужчин) больных. Средний возраст пациентов составил 30 лет (от 3 до 69 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении нейрохирургии Андижанского филиала РНЦЭМП по поводу опухолей головного мозга с 2015 по 2020гг. Всем больным проводилось комплексное обследование, включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию (КТ и МРТ) головного мозга.

Результаты и обсуждение. Для диагностики опухолей мозжечка было произведено всем 35 (100,0 %) больным МРТ, 8 (22,8 %) больным — КТ и 9 (25,7 %) больным — контрастная МРТ головного мозга. КТ позволяет определить не только наличие опухоли мозжечка, но и ее объем и структуру. А проведение МРТ,

особенно с контрастированием можно судить о наличии инфильтрации и гистологической природе опухоли. КТ и МРТ — картина выявила у 14 (40,0 %) больных кистозную, у 5 (14,3 %) — солидную, у 6 (17,1 %) — кистозно-солидную структуру опухоли и у 10 (28,6 %) инфильтративный рост новообразований полушарий головного мозга. В зависимости от локализации опухоли нами применялись следующие оперативные доступы: у 22 (62,8 %) больных срединный разрез кожи и резекция височной кости, у 13 (37,2 %) больных — парамедианный разрез кожи (слева или справа) и резекция теменной кости. Всем больным проводилось оперативное лечение, суть которого заключалось в максимально более радикальном удалении опухоли в зависимости от ее операбельности с последующим восстановлением ликворооттока при помощи вентрикулоцистерностомии. При гистологическом исследовании этих опухолей наиболее часто были выявлены: медуллобластома (42,9 %), астроцитома (37,1 %) и эпендимома (20,0 %). Следует отметить, что из 35 оперированных больных тотальное удаление опухоли достигнуто у 26 (74,3 %), субтотальное удаление у 7 (20,0 %) и биопсия у 2 (5,7 %) больных. Послеоперационная летальность составила 17,1 % — 6 больных, причем наибольшей она была после субтотального удаления опухоли — 11,4 %, а у больных после тотального удаления опухоли и биопсии летальный исход отмечен лишь в одном случае.

Выводы. Основными методами в диагностике опухолей головного мозга являются магнитно-резонансная томография и компьютерно-томографическая исследования, позволяющие определить структуру опухоли, ее морфологические особенности, наличие инфильтрации, кисты и отек с их качественной и количественной оценкой. По гистологической структуре среди опухолей преобладают медуллобластомы (42,9 %) и астроцитомы (37,1 %). Результаты лечения опухолей мозжечка зависят от применения современных хирургических методов и их радикальности.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Худайбердиев К.Т., Мамадаминова М.А., Кадиров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. По литературным данным опухоли грудного и поясничного отдела спинного мозга встречаются в 5–12% случаев среди других видов заболеваний спинного мозга.

Цель исследования. Изучение ранних клинических проявлений и результатов оперативного лечения опухолей спинного мозга.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении клиник АГМИ 2015 по 2020 год были обследованы и пролечены 17 больных с опухолями грудного и поясничного отдела позвоночника. Проведено комплексное обследование больных с применением КТ и МРТ исследования грудного отдела спинного мозга.

КТ и МРТ исследования больных применялись с целью выявления опухолевого процесса, его расположения по отношению к спинному мозгу, протяженности опухоли. Из всех обследованных больных у 3-х больных выявлены опухоли экстрамедуллярного расположения, у 2-х больных выявлены интрамедуллярные и у 2-х больных экстрадуральные опухоли. Размеры опухоли от 2-х до 7 см. Операционный доступ — ламинэктомия на уровне 2–3-х позвонков (в зависимости от протяженности опухолевого процесса). По результатам гистологического исследования в 4х случаях выявлены невриномы, в 2-х случаях менингиомы и в одном случае гемангиобластома.

Результаты и их обсуждение. У всех больных отмечен регресс неврологической симптоматики с восстановлением утраченных функций спинного мозга.

Выводы. Таким образом, проведению ранних оперативных вмешательств способствуют более полному восстановлению утраченных функций спинного мозга.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Худайбердиев К.Т., Алиханов О.Ш., Олимов И., Кадиров А.А., Мамажанов Б.С.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Изучение литературных данных за последнее десятилетие показывает увеличение количества больных с остеохондрозом позвоночника и его осложнений в виде развития грыж межпозвонковых дисков (МПД). Обычно клинические проявления характеризуются корешковыми болями на уровне диско-радикулярного конфликта. Но, в некоторых случаях возможны атипичные клинические проявления грыж межпозвонковых дисков.

Цель работы. Изучение атипичных клинических проявлений грыж МПД.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2015 по 2020 год находились 254 больных с различными клинико-неврологическими проявлениями грыж МПД. Возраст больных от 16 до 65

лет. Мужчин – 117 (46,1 %) больных и женщин – 137 (53,9 %). Давность заболевания от 3 месяцев до 5 лет. Из общего количества больных инвалидность на момент лечения имели 97 (38,2 %) больных.

В целях предоперационной подготовки больным проведены клинико-неврологические методы обследования, рентгенография позвоночника в стандартных проекциях, КТ и МРТ исследования.

На рентгенограммах в основном у больных выявление признаки остеохондроза позвоночника.

При КТ и МРТ исследованиях выявлены признаки грыж и протрузий МПД различных размеров (от 3 мм до 16 мм), полисегментарные изменения выявлены у 186 (73,2 %) больных и изолированные грыжи у 68 (26,8 %) больных.

При клинико-неврологическом обследовании мы обратили внимание, что у 18 (7,1 %) больных клинические проявления не соответствуют месту расположения грыж МПД. Неврологическая симптоматика у этих больных складывалась из оживления сухожильных рефлексов в нижних конечностях с расширением рефлексогенных зон, клонуса стоп, появления патологических стопных знаков Бабинского, Россолимо. Так же у этих больных отмечены нарушения функции тазовых органов по типу задержки.

Учитывая вышеперечисленные данные, больные повторно подвергнуты МРТ исследованию грудного отдела позвоночника с целью исключения патологии спинного мозга. При изучении повторных томограмм патологических изменений грудного отдела спинного мозга не было выявлено.

Больным проведены оперативные вмешательства по удалению грыж МПД в классическом варианте. Во время оперативных вмешательств у этих больных мы обратили внимание на расширение и кровенаполнение эпидуральных вен, отечность корешков в зоне диско-радикулярного конфликта. После удаления грыжи отметили нормализацию кровеносных сосудов и значительное уменьшение отечности корешков.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечены у всех 18 больных, что мы связывали с нормализацией спинального кровообращения.

Изучая литературные данные, обратили внимание на некоторые особенности спинального кровообращения. Оказалось, что в некоторых случаях артерия Адамкевича, обычно участвующая в кровоснабжении грудного отдела в некоторых случаях дает ветвь (вход в позвоночный канал на уровне L4-L5 позвонков) кровоснабжающая нижнегрудной и поясничный отделы спинного мозга. Соответственно, нарушение кровоснабжения в результате сдавления этой артерии дает атипичную клиническую картину грыж нижнепоясничных МПД.

Выводы. Таким образом, при обращении больных с МРТ данными грыжи МПД и атипичными клинико-неврологическими проявлениями, в целях исключения патологии грудного отдела спинного мозга необходимо проведение повторного МРТ исследования и по мере возможности контрастного исследования сосудов спинного мозга.

ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ИНТЕРОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Худайбердиев К.Т., Алиханов О.Ш., Олимов И., Мамажанов Б.С.
Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В некоторых случаях во время проведения оперативных вмешательств по поводу удаления грыж межпозвонковых дисков возможны интероперационные осложнения – кровотечение из эпидуральных вен, повреждение твердой мозговой оболочки спинного мозга.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением с 2016 по 2020 год находились 258 больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. Возраст больных от 18 до 65 лет. При распределении по полу: мужчин - 148, женщин – 110. Давность заболевания от 3 месяцев до 5 лет. В большинстве случаев возникновение заболевания больные связывали с физическим перенапряжением. И только у 12 больных развитие заболевания было связано с травмой позвоночника. При рентгенологическом исследовании больных на спондилограммах были отмечены проявления остеохондроза позвоночника в различной степени развития. При МРТ исследовании у больных были выявлены грыжи межпозвонковых дисков различных размеров (от 8 мм до 16 мм.), полисегментарные грыжи имели место у 67 больные на уровне 2 –х позвонков и протрузии дисков (от 2 мм до 6 мм).

Результаты и обсуждение. Больные после проведенных обследований были подвергнуты оперативному лечению.

Операция проводилась в положении на животе с приданием положения способствующего более широкому раскрытию расстояния между дужками позвонков. После удаления части или дужки позвонка с одной стороны острым путем удаляли желтую связку. После мобилизации дурального мешка и корешка производили удаление выпавших частей грыжи и проводили кюретаж с целью удаления оставшейся части грыжи диска. После удаления грыжи проводили ревизию при помощи шпателя в краниальном и каудальном

направлениях. При нормальном прохождении шпателя операцию завершали фораминотомией места выхода спинального корешка.

В некоторых случаях при удалении больших грыж единым блоком и удаления задних остеофитов ход оперативного вмешательства осложнялся кровотечением из варикозно расширенных эпидуральных вен и повреждением дурального мешка при котором отмечался истечение ликвора.

При кровотечении из варикозно расширенных вен остановку кровотечения проводили путем тампонады шариком смоченным перикисью водорода или путем коагуляции.

Истечение ликвора останавливали путем подкладывания небольшого кусочка жировой ткани или при большом повреждении путем наложения швов на дуральный мешок.

Выводы: при обнаружении картины полного выпадения грыжи нельзя насильно через аркотомный доступ старатся удалять грыжу единым блоком, особенно когда корешок находится в натянутом положении. В этих случаях наиболее оптимальным способом является удаление по частям.

С целью предупреждения кровотечения из эпидуральных вен нужно подкладывать подушечки под дуральный мешок и корешок, что предохраняет сосуды, дуральный мешок и корешки от повреждений и способствует лучшей визуализации грыжи диска. Кроме этого данный способ дает возможность высвобождения рук ассистента.

У больных старческого возраста оптимальным доступом является гемиламинэктомия, что дает полную декомпрессию дурального мешка и корешка.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАДПОЧЕЧНИКОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОСТРОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Хусанов А.С., Мўйдинов М.Б., Сиддиков К.М.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанской филиал РСТЭИАМ

Введения. В последние десятилетия патология сердечнососудистой системы занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности. На долю ИБС в промышленно развитых странах, приходится до 80% летальных исходов, вызываемых сердечной патологией.

Наиболее тяжелым вариантом ИБС является инфаркт миокарда - ишемический некроз сердечной мышцы, развивающийся в результате острой недостаточности коронарного кровообращения, и в 3035% случаев заканчивающийся летальным исходом.

Цель исследования. Изучить морфофункциональное состояние клубочковой, пучковой, сетчатой зон коркового вещества и мозгового вещества надпочечников человека при остром и рецидивирующем крупноочаговом инфаркте миокарда.

Материал и методы исследования. Проведено изучение аутопсийного материала (n=70) людей зрелого, пожилого и старческого возраста обоих полов, страдавших при жизни артериальной гипертонией различных стадий и умерших от различных причин (инфаркт миокарда, ишемический и геморрагический инфаркты мозга, кровоизлияния в мозг и т.д.) **.**

Результаты и исследования. При остром и рецидивирующем инфаркте миокарда морфофункциональное состояние надпочечников человека различается, при этом характер корреляционных связей демонстрирует отличие ответной реакции зон коркового вещества, а так же мозгового вещества надпочечников.

Реакция контралатеральных надпочечников при различных клинико-морфологических вариантах течения инфаркта миокарда неодинакова и подчиняется правилу Вильдера, согласно которому, исходная активность системы обратно пропорциональна ее реактивности.

Наличие фоновых заболеваний при рецидивирующем инфаркте миокарда оказывает существенное влияние на морфофункциональное состояние надпочечников. Длительная артериальная гипертензия сопровождается морфологическими изменениями, отражающими выраженное функциональное напряжение мозгового вещества левого надпочечника. Сахарный диабет второго типа приводит к увеличению интенсивности мононуклеарной инфильтрации, оказывающей стимулирующее влияние, более выраженное в пучковой и сетчатой зоне правого надпочечника.

Антропометрические параметры - масса тела, степень ожирения, масса сердца, сердечный индекс оказывают влияние на морфофункциональное состояние надпочечников, проявляясь главным образом изменением характера и выраженности мононуклеарной инфильтрации зон коркового вещества и мозгового вещества.

Увеличение выраженности острой левожелудочковой недостаточности при первичном инфаркте миокарда сопровождается развитием изменений адаптивного характера в пучковой зоне коркового вещества правых и мозговом веществе левых надпочечников. При наличии данного осложнения в случае

рецидивирующего инфаркта изменения носят дегенеративный характер, проявляясь увеличением количества адренокортикоцитов с пикнотизированными ядрами в пучковой и сетчатой зонах правых надпочечиков.

Развитие при рецидивирующем инфаркте кардиогенного шока сопровождается возникновением дегенеративных изменений в пучковой зоне правого надпочечника. При этом выраженность указанных изменений нарастает с продолжительностью шока.

Увеличение массы левых надпочечников является фактором риска развития желудочковых нарушений ритма в случаях рецидивирующего инфаркта миокарда.

Лекарственная терапия, проводимая в случаях инфаркта миокарда, оказывает существенное влияние на морфофункциональное состояние надпочечников.

Использование адреналина в терапии кардиогенного шока сопровождается увеличением массы мозгового вещества правого надпочечника при остром и увеличением массы обоих надпочечников при рецидивирующем инфаркте миокарда. Эффективная тромболитическая терапия у больных острым инфарктом препятствует истощению мозгового вещества левого надпочечника.

Приём блокаторов Р-адренорецепторов сопровождается уменьшением интенсивности лимфоцитарной инфильтрации клубочковой зоны правого надпочечника в случаях острого инфаркта и препятствует развитию в ней дегенеративных изменений при рецидивирующем инфаркте миокарда.

Вывод. Результаты исследования способствуют более углубленному пониманию особенностей развития и реализации стрессорных и комплекса компенсаторно-приспособительных реакций у пациентов с острым и рецидивирующим крупноочаговым инфарктом миокарда в зависимости от особенностей клинико-морфологических проявлений, наличия осложнений и сопутствующей соматической патологии.

ASSESSMENT OF SURGICAL INTERVENTION OF NASOPHARYNGEAL TONSIL HYPERTROPHY IN CHILDREN

Khusanov Sh.R.
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

Introduction. Diseases of the respiratory system, which include ENT pathology, occupy one of the leading places in the structure of childhood morbidity and tend to increase, which determines the important medical and social significance of this pathology, especially in schoolchildren, as in the largest group of the pediatric population, which is about 70 % of the child population of Russia

Normal nasal breathing is one of the most important conditions for the optimal functioning of the respiratory system and is an active physiological process that significantly affects the volume and speed of inspiratory and expiratory air flows, providing air conditioning and entry into the alveoli, and the implementation of numerous rhinovisceral reflexes.

Nasal obstruction has a pronounced negative effect on the functional state of various body systems and negatively affects the quality of life of patients.

Purpose of the study. The aim of the study is to objectively assess and substantiate surgical intervention for combined adenotonsillar and rhinogenic chronic respiratory obstruction in children.

Materials and research methods. To solve the problems posed in the dissertation, we examined 45 case histories of patients aged 3 to 17 years, examined and treated for ENT pathology. All patients were divided into 3 age groups depending on gender and age.

Research results. When studying the structure of surgical interventions due to ENT pathology, it can be noted that adenotomy was performed most often - 36.6%, followed by tonsillectomy and adenotomy - 35.7%, and third place was taken by tonsillectomy - 24.9%. The test of independence between age groups and nosologies established the presence of a connection between the specified parameters.

The structure of the pathology of the lymphoid-pharyngeal ring in patients with OSAS indicates that OSAS is most often observed with a combination of hypertrophy of the nasopharyngeal and palatine tonsils (75.2% of patients); .e. obstructive sleep apnea syndrome is diagnosed only in severe forms of isolated lesions of the nasopharyngeal or palatine tonsils (hypertrophy of the 3rd degree) and especially often with their combinations.

Histomorphological examination of the tonsils in the palate in chronic tonsillitis in sick children of preschool and school age indicates the presence of pathomorphological signs of inflammation in the integumentary epithelium, follicles, lymphoid tissue and blood vessels.

Conclusions. The presented clinical case allows us to draw conclusions about the need to perform an algorithm for preoperative examination of patients with nasopharyngeal neoplasms, including all of the listed diagnostic methods, since they are not interchangeable.

MODERN METHODS FOR DIAGNOSING HYPERTROPHY NASOPHARYNGEAL TONSILS IN CHILDREN

Khusanov Sh.R.
Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute

Introduction. For a long time, the presence of adenoids in the nasopharynx was associated only with childhood, since it was believed that age-related involution of the nasopharyngeal tonsil occurs by the age of 14-15, and all complaints associated with this part of the nasopharynx disappear.

Modern diagnostic methods make it possible to timely diagnose pathological conditions of the nasopharynx and identify a benign and malignant process, and correctly prescribe the necessary treatment.

Purpose of the study. Determination of the possibilities of using a number of indicators of metabolism and nonspecific antimicrobial resistance (study of skin auto microflora) for early detection of violations of the adaptive capabilities of the body and assessment of the risk of a decrease in the level of health of children with pathology of the pharyngeal tonsil.

Materials and research methods. 60 children (35 boys and 25 girls) were examined. The main research bases were the ENT department of the children's city hospital in Andijan. The survey was carried out on the basis of voluntary informed consent of parents or legal representatives of children.

Research results. As a result of a study of metabolic parameters in 60 children aged 4 to 10 years with various conditions of the pharyngeal tonsil, metabolic markers of the risk of a decrease in health were identified. Differentiation into subgroups of varying degrees of risk was carried out using a skin auto microflora test. A program of corrective and health-improving measures for children with hypertrophy of the pharyngeal tonsil is presented, depending on the degree of risk of the formation of chronic adenoiditis.

In children with hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil (health group II), compared with children in the control group, there was an increase of 10-15% in the level of acyl hydroperoxides, calcium, magnesium, phosphorus and chlorides against the background of normal values of potassium, sodium, lactic acid. The data obtained indicate that even minor deviations in the child's body lead to distinct shifts in metabolic processes that outstrip functional and clinical manifestations. The increased content of calcium and magnesium ions in the condensate of exhaled air, in our opinion, indicates a compensatory-adaptive reaction of the body in response to the activation of free radical oxidation, since calcium ions contribute to the reduction of phospholipids of cell membranes. At the same time, a further increase in calcium levels leads to a cytodetergent effect. In response to an increase in the calcium content, an increase in the amount of its functional antagonist, magnesium, was observed, which inhibits the negative consequences of calcium-dependent reactions.

Conclusions. The presented clinical case allows us to draw conclusions about the need to perform an algorithm for preoperative examination of patients with nasopharyngeal neoplasms, including all of the listed diagnostic methods, since they are not interchangeable.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Хусанов Ш.Р.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Аденоидные вегетации - патологическая гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины (vegetatio adenoids), встречается обычно в возрасте от 3 до 14 лет. В период полового созревания, после 14 лет, глоточная миндалина уменьшается; у взрослых гипертрофия глоточной миндалины встречается редко.

По данным литературы, аденоиды наблюдаются одинаково часто от (3 до 45%) как у девочек, так и у мальчиков.

Существуют несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоидов) наиболее распространенное заболевание детского возраста. В первые годы жизни (дошкольный и ранний школьный периоды) лидирующее положение среди заболеваний ЛОР-органов у детей занимают патологические изменения аденоидных вегетаций. Прослеживается отчетливая тенденция к росту данной патологии.

Цель исследования. Установление значимых, управляемых факторов патогенеза различных форм гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца и лимфоидной гипертрофии у детей раннего и

дошкольного возраста, ассоциированных с конституциональными особенностями локальной и системной иммунной регуляции и микроэкологией глоточного биотопа детей и их матерей.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали и обследовали 67 детей с гипертрофией носоглотки для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Разработан комплексный подход к оценке врожденного иммунитета слизистой оболочки полости носа у детей, основанный на определении экспрессии генов распознающих рецепторов врожденного иммунитета ТЬИ2, ТЫ14, ТЬЯ9, противомикробных пептидов (НВ01, НВЭ2, НЫР1) и цитокинов (ФНО, ИЛ-18, ИЛ-10), осуществляющих иммунную защиту. Показатели врожденного иммунитета слизистой полости носа здоровых детей не отличаются от показателей пациентов с гипертрофией аденоидных вегетаций, которым показано консервативное лечение.

Выявлен дисбаланс в механизмах защиты слизистой оболочки полости носа у детей, которым показана аденотомия под эндоскопическим контролем: резкое увеличение экспрессии генов распознающих рецепторов Т1Л2, ТЬЯ4 сочетается со сниженной экспрессией генов эффекторных молекул противомикробных пептидов. Выявленный дисбаланс может быть одной из причин гипертрофии лимфоидной ткани.

Определение показателей врожденного иммунитета из биологического материала (соскобов), полученных со слизистой полости носа, является доступным и неинвазивным методом, отражающим состояние врожденных механизмов защиты на уровне лимфоидной ткани носоглотки.

У детей с рецидивом аденоидных вегетаций в 100% случаев определяется экспрессия гена ФНОа и ИЛ-18, и лишь в 50% случаев -экспрессируется противовоспалительный цитокин ИЛ-10. Данные показатели могут служить одним из прогностических критериев развития рецидива аденоидных вегетаций.

Разработан алгоритм проведения персонализированной иммунотерапии в комплексном лечении гипертрофии аденоидных вегетаций у детей, основанный на применении аутологичных регуляторных иммунопептидов в виде назальных капель. Показана клиническая эффективность метода, проявляющаяся в снижении частоты развития острых средних отитов и прфилактики ОРВИ в течение 6-ти месяцев после лечения.

Вывод. Таким образом, существует несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

На основе полученных результатов обоснован дифференцированный подход к хирургическому и консервативному лечению детей раннего и дошкольного возраста с гипертрофией миндалин лимфоидного глоточного кольца, с рецидивирующими острыми респираторными инфекциями и с проявлениями аллергии.

Генетическими, бактериологическими и иммунологическими исследованиями подтверждена правомочность разделения гипертрофии миндалин лимфоидного глоточного кольца на три клинических варианта, связанных со степенью выраженности лимфопролиферативного синдрома иммунной недостаточности.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Хусанов Ш.Р.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский Государственный медицинский институт

Введение. Аденоидные вегетации - патологическая гипертрофия глоточной (носоглоточной) миндалины (vegetatio adenoids), встречается обычно в возрасте от 3 до 14 лет. В период полового созревания, после 14 лет, глоточная миндалина уменьшается; у взрослых гипертрофия глоточной миндалины встречается редко.

По данным литературы, аденоиды наблюдаются одинаково часто от (3 до 45%) как у девочек, так и у мальчиков.

Существуют несколько концепций хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Врачу необходимо хорошо ориентироваться в современных методах аденотомий, индивидуально подходить к формированию плана лечения каждого пациента для предупреждения операционных осложнений и рецидивов заболевания.

Гипертрофия глоточной миндалины (аденоидов) наиболее распространенное заболевание детского возраста. В первые годы жизни (дошкольный и ранний школьный периоды) лидирующее положение среди заболеваний ЛОР-органов у детей занимают патологические изменения аденоидных вегетаций. Прослеживается отчетливая тенденция к росту данной патологии.

Цель исследования. Повышение диагностики и эффективности лечения аденоидов II степени и хронического аденоидита у детей.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали и обследовали 67 детей с гипертрофией носоглотки для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. У детей с патологией глоточной миндалины имеет место неблагоприятное течение перинатального периода развития ранний и поздний гестозы, угроза прерывания беременности в третьем триместре, недоношенность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, перинатальные поражения центральной нервной системы В постнатальном периоде с большим постоянством, чем у здоровых детей, регистрируются искусственное вскармливание, гипотрофия, анемия, рахит, аллергодерматозы, энцефалопатия, пищевая и лекарственная аллергия Данные особенности достоверно чаще встречаются у детей с гипертрофией глоточной миндалины ($p<0,05$)

Клинико-диагностическими признаками гипертрофии глоточной миндалины являются постоянное затруднение носового дыхания, неприятный запах изо рта, храп во время сна, гнусавый оттенок голоса, снижение слуха, быструю утомляемость, снижение аппетита, потливость, общая слабость, сопутствующая гипертрофия небных миндалин и лимфоидных фолликулов задней стенки глотки

Для хронического аденоидита характерно периодическое затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, эпизодический кашель, субфебрильная температура тела, патологическая окраска (цианоз или гиперемия) слизистой оболочки носа, ее отечность, отделяемое в полости носа и на задней стенке глотки, смещение pH назального секрета в кислую сторону, повышение температуры слизистой оболочки полости носа

При воспалительном процессе в глоточной миндалине в отличие от ее гипертрофии имеет место повышение в периферической крови количества нейтрофилов и снижение лимфоцитов, уменьшение их способности к адгезии и миграции, увеличение содержания среднемолекулярных пептидов и малонового диальдегида в сыворотке крови

Иммуноморфологическими особенностями лимфоидной ткани глоточной миндалины при хроническом аденоидите являются более высокое относительное содержание Т-лимфоцитов, в том числе имеющих ТСРуб, а также Т-клеток, находящихся в стадиях ранней и поздней активации Субпопуляции В-лимфоцитов при данном процессе отличаются повышенным содержанием В-2-клеток, а также В-лимфоцитов, экспрессирующих мононуклеосахаридных антигенов 11 класса При гипертрофии глоточной миндалины отмечается увеличение В-1-лимфоцитов, обеспечивающих достаточную противоинфекционную защиту ($p<0,05$)

Эффективным способом лечения хронического аденоидита является комплексный метод, включающий лазеротерапию и назофарингеальное аспирационное промывание раствором мирамистина

При гиперплазии глоточной миндалины 11 степени возможно применение метода лечения путем криовоздействия жидким азотом на лимфоидную ткань носоглотки (эффективность его получена у 90% детей)

Вывод. Предложен дифференцированный подход к назначению органосохраняющих методов лечения с учетом воспалительного или невоспалительного характера поражения глоточной миндалины у детей. Разработан и апробирован метод лечения аденоидов путем криовоздействия на глоточную миндалину. Предложена схема назначения комплексного метода лечения хронического аденоидита, включающего лазеротерапию и назофарингеапьное аспирационное промывание раствором мирамистина. Предложены дополнительные критерии эффективности лечения гипертрофии глоточной миндалины и хронического аденоидита.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Шадиев. Б.У.
НИИТО МЗ Республики Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность проблемы лечения диафизарных переломов плечевой кости связано со сложностью повреждений, которые встречается довольно часто и в среднем составляют 22,2-60,1% от всех повреждений плечевой кости и 4-18% случаев от всех переломов длинных трубчатых костей конечности.

Переломы диафиза плечевой кости, осложненные повреждением лучевого нерва, встречаются в 9-13%

Данное исследование проведено с целью изучения возникновения различных осложнений при диафизарных переломах плечевой кости в результате анализа 167 больных, находившихся на лечении в клинике УзНИИТО . Несмотря на наличие большого количества методов лечения диафизарных переломов плечевой кости, все эти методы имеют ряд осложнений.

КДО перед другими методами является стабильным остеосинтезом, но у него также есть и недостатки, в частности - воспаление мягких тканей в области спиц привело к раннему снятию аппарата у 8 больных. Не своевременное купирование воспалительного процесса приводит к спицевому остеомиелиту 4%. Довольно часто при аппаратных методах лечения имеют место прорезивание спицами натянутой кожи

и подлежащих мягких тканей. Нередко возникает необходимость в перепроведении спиц. По литературным данным, при использовании метода внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза возможны такие осложнения как: реакция организма на металл, развитие аллергического дерматита в области прохождения спиц. Одним из «грозных» осложнений являются повреждения сосудов и нервов при проведении спиц.

При открытой репозиции костных отломков с фиксацией пластинами, шурупами, штифтами, проволокой и т.д., часто возникают такие осложнения как воспалительные процессы мягких тканей, металлоз, остеомиелит. Из-за длительной фиксации конечности гипсовой повязкой отмечаются стойкие контрактуры суставов.

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Метод погружного остеосинтеза требует тщательного соблюдения техники операции и правильного выбора фиксаторов, при несоблюдении этого возникает необходимость наложения гипсовой повязки с целью создания дополнительной иммобилизации при недостаточной фиксации методом погружного остеосинтеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Шадиев Б.У., Рахматов Р.Б.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан

Актуальность темы определяется многими факторами, прежде всего частотой, неудовлетворительными исходами при консервативном лечении, частично и осложнениями при оперативном вмешательстве. Неудовлетворительные результаты по данным различных авторов встречаются от 7,8 до 46,7 %. Несмотря на то, что существуют различные методы остеосинтеза костей предплечья, невозможно считать проблему решенной. Они в основном проявляются в виде несращений, ложных суставов, ротационных контрактур, нагноительных процессов. По данным различных авторов частота ложных суставов встречается от 3 до 15%, нагноительных процессов до 14%. Большой процент неудач объясняется сложным анатомическим взаимоотношением различных групп мышц, мягких тканей предплечья.

В нашей клинике оперированы 118 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Из них 86 больных составили мужчины, 32 - женщины. 75 переломов приходилось на долю левого предплечья, 43 на правую. 76 больных имели переломы обеих костей предплечья, из них 58 составили переломы средней трети, 6 в верхней трети, 12 в нижней трети. Изолированные переломы лучевой кости встречались в 26 случаях, из них: 3 - в верхней трети, 16 - в средней трети, 7 - в нижней трети. Изолированные переломы локтевой кости встречались у 16 больных, из них: 5 в верхней, 11 в средней трети. В основном у 68 больных произведен интрамедуллярный остеосинтез, у 4 больных из-за наличия осколок дополнительно костные отломки фиксировались серкляжной проволокой. 32 больным произведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. 14 больным произведен комбинированный интрамедуллярный и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. Одному больному произведен накостный остеосинтез пластинкой.

Наш опыт показывает, что при диафизарных переломах костей предплечья наиболее целесообразным является применение аппаратов наружной чрескостной фиксации. Преимуществом чрескостных аппаратов является достижение стабильной фиксации костных отломков, создание необходимой компрессии, которая обеспечивает оптимальные условия для сращения костных отломков.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шадиев Б.У.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан

Лечение больных с диафизарными переломами бедренной кости является одной из наиболее актуальных проблем современной травматологии. Именно для данной многочисленной категории больных характерны особая тяжесть поражения, трудности в лечении и, как следствие, наиболее значимые для личности и общества потери. Перманентный рост травматизма, обусловленный увеличением интенсивности технологических процессов на производстве, насыщением жизненного пространства человека транспортом и глобальным изменением демографии в виде старения населения, постоянно усугубляет проблему.

Известно, что необходимым условием успешного сращения переломов являются точное сопоставление и прочная фиксация костных отломков. Высокие показатели инвалидности и летальности, варьирующие от 20 до 50%, во многом зависят от поздней стабилизации переломов, в первую очередь бедренной кости. Без стабилизации отломков бедренной кости невозможно предупредить вторичную

травматизацию тканей, жировую эмболию, сложно эффективно лечить сочетанные травмы, так как нельзя придать возвышенное положение верхней половине тела, производить полноценную интенсивную терапию.

В отделении компрессионно-дистракционного остеосинтеза НИИТО МЗ Республики Узбекистан прооперировано 104 пациента с диафизарными переломами бедренной кости в возрасте от 15 до 68 лет. Из них пациенты до 30 лет-43, от 30 до 40 лет-24, высшее 40 лет-37, 78 мужчины, 26 женщины, с переломами верхней трети-17, средней трети-67, нижней трети-20.

При лечении пациентов применялось остеосинтез интрамедулярным штифтом у 39, фиксация интрамедулярным штифтом и серкляжными швами у 49, остеосинтез накостными пластинками у 16 пациентов.

Таким образом, при лечении пострадавших с диафизарными переломами бедренной кости основная цель лечения должна заключаться в сохранении жизни, но в максимально короткие сроки производить операции по стабилизации костных отломков. Ранняя стабилизация перелома предупреждает развитие жировой эмболии, дает возможность проводить полноценную интенсивную терапию, устраняет патологическую афферентацию с зоны перелома.

Для остеосинтеза диафизарных переломов бедренной кости следует применять стержни, пластины и аппараты внешней фиксации.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шадманов М.А., Бобоев Р.А.
Андижанский государственний медицинский институт

Актуальность. Выбор метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в настоящее время остаётся одним из самых актуальных вопросов урологии. Хирургическое вмешательство рекомендовано в случае нежелания пациента начинать или продолжать медикаментозное лечение или в случае прогрессирования симптомов нижних мочевых путей или осложнённого течения ДГПЖ. За последние десятилетия наблюдается значительное расширение спектра видов хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследовании изучены возможности биполярной энуклеации ДГПЖ с использованием биполярного электрода-толкателя и стандартного оборудования для трансуретральной резекции. С февраля по ноябрь 2020г. 25 пациентам с инфравезикальной обструкцией, вызванной ДГПЖ больших размеров, была выполнена трансуретральная биполярная энуклеация. Контрольную группу (n=36) составили пациенты, которым была выполнена классическая биполярная трансуретральная резекция предстательной железы таких же размеров. Всем больным проведено идентичное комплексное клинико-лабораторное обследование в предоперационном периоде и в сроки 1, 6 и 12 месяцев после операции.

Выводы. Представлены технические особенности новой методики, изучены интраоперационные осложнения, оценены ранние и поздние результаты и осложнения. Установлено что одним из существенных преимуществ данной методики является возможность удаления большого объёма аденоматозных тканей при меньшем количестве геморрагических осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Шадманов М.А., Бобоев Р.А.
Андижанский Государственний медицинский институт

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из самых распространенных заболеваний среди урологических заболеваний. Наличие камней в мочеточнике может развиваться как у новорождённых, так и пожилых людей. Процесс камнеобразование зачастую носит односторонний характер, но может встречаться и двухсторонняя локализация камней в мочеточниках. За последние два десятилетия наблюдается значительное расширение спектра видов хирургического лечение.

Цель исследования. проведение сравнительного анализа эндовидеохирургических методов лечения камней мочеточника.

Материалы и методы. Для написания обзора по данной проблематике были проанализированы следующие базы данных: Pub Med, Science Direct, Cohrane Library. Диапазон поиске с 1991 по 2021 года.

Результаты. Исходя из результатов многочисленных исследований дистанционная литотрипсия (ДЛТ) и контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ) показывают наилучшие результаты. По сравнении КУЛТ и ДЛТ показатели частоты полного избавления от конкрементов после контактного дробления значительно выше, чем после ДЛТ при лечении конкрементов размерами <=10 и >10мм в дистальном отделе мочеточника, а также размерами >10 мм в проксимальном отделе мочеточник. После дробления

конкрементов в среднем отделе мочеточника с помощью ДЛТ и КУЛТ значительных различий в частоте полного избавления от конкрементов не отмечается.

Вывод. Безусловно ДЛТ и КУЛТ являются достаточно безопасными и эффективным, но ввиду особенностей каждого из методов, для улучшения эффекте хирургического лечения необходимо грамотная селекции метода вмешательство для каждого пациенте.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шаробиддинов М.З., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Развитие белково-энергетической недостаточности (БЭН) является неотъемлемой составной частью формирования системно-воспалительной реакции (СВР) организма человека в ответ на повреждение, тяжелый инфекционный процесс, сопровождающийся тканевой деструкцией, сепсис и др.

В этой связи совершенно закономерно, что нутритивная поддержка (НП), как метод интенсивной терапии (ИТ) является таким же важнейшим компонентом лечения, как иммунокоррекция антибактериальная терапия, антиоксидантная, гемореологическая терапия и т.д.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с внегоспитальной пневмонией за счет коррекции белково-энергетической недостаточности методом сипинга энтеральными питательными смесями класса «Пульмо».

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с дыхательной недостаточностью, которым была проведена коррекция нутритивной терапии для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Большинство больных с внегоспитальной пневмонией поступают в клинику на фоне белково-энергетической недостаточности. Прогностический индекс гипотрофии указывает на наличие гипотрофии I—III степени у 77,2% больных, гипоальбуминемия выявлена у 85,4% пациентов с внегоспитальной пневмонией, уровень трансферрина в плазме крови менее 2 г/л отмечался в 79,3% клинических наблюдений и у 100% пациентов с ВП выявлялась лимфопения. Показатели антропометрии на начальных этапах лечения не отражают тяжесть развития белково-энергетической недостаточности.

Исследование малонового диальдегида и общей антиоксидантной активности не выявило исходных изменений, что указывало на сохранение адаптационных резервов у больных с внегоспитальной пневмонией. Значения малонового диальдегида составило 3,7±0,5 мкмоль/л, общей антиоксидантной активности 1,4±0,14 ммоль/л.

У всех пациентов отмечены изменения функции внешнего дыхания по рестриктивному типу. Выявлена высокая корркляция (r=0,95) между динамикой восстановления уровня трансферрина в плазме крови и увеличением показателей жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких и объема форсированного выдоха за первую секунду. Нормализация параметров функции внешнего дыхания у пациентов основной группы происходила на 5-7 дней раньше, чем у пациентов контрольной группы.

Применение адаптогена трекрезана совместно с энтеральной питательной смесью позволило добиться стабилизации абсолютного числа лимфоцитов в более ранние сроки по сравнению с контрольной группой. Значение абсолютного числа лимфоцитов у больных основной группы, к моменту выписки из стационара, составило 1,6±0,2><109/л, в контрольной группе -1,2±0,1х109/л, к 5-м суткам лечения уровень трансферрина в плазме крови больных основной группы был в 1,5 раза выше, чем в контрольной. Переносимость питательной смеси «Нутриэн Пульмо» при ежедневном пероралыом приеме в течение 14-21 дней у 34,9% больных оценивалась, как отличная, у 57,5% пациентов с внегоспитальной пневмонией, как хорошая.

Нутритивная поддержка, проводимая у больных с внегоспитальной пневмонией на основе комбинации общего варианта диеты и сипинга энтеральной питательной смеси «Нутриэн Пульмо» позволила снизить летальность пациентов с внегоспитальной пневмонией в отделении реанимации, интенсивной терапии с 2007 года на 7%.

Вывод. Практическому здравоохранению предлагается новый подход по коррекции белково-энергетической недостаточности у больных с тяжелой внегоспитальной пневмонией на основе сипинга энтеральной питательной смесью класса «Пульмо» с учетом динамического контроля за антропометрическими, биохимическими маркерами питательного статуса и исследований функции внешнего дыхания.

Раннее назначение энтеральной питательной смеси «Нутриэн Пульмо» методом сипинга способствует более раннему восстановлению уровня трансферрина и альбумина в плазме крови, что позволяет на 5-6 дней раньше нормализовать показатели функции внешнего дыхания и газового гомеостаза.

Проведение энтерального питания у больных с внегоспитальной пневмонией в ОРИТ позволило уменьшить летальность данного контингента больных на 5-7%.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОБЩИМ ПЕРИТОНИТОМ

Шаробиддинов М.З., Маматов Б.Ю.
Кафедра анестезиологии- реаниматологии, детской анестезиологии реаниматологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Общий гнойный перитонит - одно из наиболее тяжелых осложнений хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Более 2030% всех случаев острых заболеваний органов брюшной полости осложняются той или иной формой перитонита.

Совершенствование хирургической тактики, применение современных методов интенсивной терапии позволили улучшить результаты лечения, однако летальность при перитоните сохраняется высокой - от 20 до 50%; причем основная причина смерти при перитоните - полиорганная недостаточность.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения острой дыхательной недостаточности у больных общим перитонитом путем оптимизации методов специальной нутри-тивной поддержки.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с дыхательной недостаточностью, которым была проведена коррекция нутритивной терапии для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Общий перитонит в 91,6% случаев осложняется острой дыхательной недостаточностью. Тяжелый СОПЛ развивается у 56,0% больных с общим перитонитом в токсической и терминальной стадиях, при этом он прогрессирует до третьих суток. В 77,1% случаев на фоне проводимой нутритивной терапии к седьмым суткам СОПЛ разрешается.

У больных общим перитонитом в раннем послеоперационном периоде показатели центральной гемодинамики свидетельствуют о значительном напряжении компенсаторных функций сердечно-сосудистой системы, что характеризуется повышением преднагрузки (ДЗЛА - 12,7+2,1 мм рт.ст. и ЦВД — 8,7±1,2 мм рт.ст.) и частоты сердечных сокращений, снижением насосной функции сердца (ИУО - 27,9±4,1 мл/м2, ИУРЛЖ - 26,6±2,9 г-м/м2) и низким сопротивлением сосудов малого круга кровообращения (ИССМК — с 9197,7±9,2 дин-с/см -м). При адекватной коррекции метаболических потребностей легких эти нарушения у 91,8% больных нормализуются к пятым — седьмым суткам.

У больных общим перитонитом потребление кислорода организмом повышено до 375±26,9 мл/мин-м . При этом в малом круге кровообращения потребляется 34,2±1,9% кислорода, поступающего в организм. Уровень потребления кислорода имеет однонаправленную динамику с синдромом повреждения легких; к третьим суткам потребление кислорода в легких увеличивается до 38,4±2,3%, к седьмым суткам при применении специальной нутритивной терапии потребление уменьшается до 13,7±0,4%.

Расход энергии организмом больных общим перитонитом достигает 3313,3±54,8 ккал/24 ч, при этом динамика энергетических потребностей соответствует тяжести дыхательной недостаточности. В то же время потребление энергии легкими в послеоперационном периоде остается высоким и на седьмые сутки составляет 52,1±9,1 - 42,6±6,7% от потребностей всего организма.

Изменения белкового, углеводного и жирового обмена в виде гипо-протеинемии и диспротеинемии, гипергликемии, гипохолестеринемии и дис-липидемии соответствуют тяжести дыхательной недостаточности. При этом степень потребления их легкими доходит до 2,0±0,1 г/л общего белка, до 0,4±0,2 ммоль/л глюкозы и до 0,5+0,2 ммоль/л холестерина крови.

Применение специальной нутритивной терапии обеспечивает адекватное восполнение метаболических потребностей у больных общим перитонитом с синдромом острого повреждения легких, способствует уменьшению длительности искусственной вентиляции легких на 1,4 суток, уменьшает в целом на 7,3% количество вторичных гнойных осложнений. Использование разработанной программы метаболически направленной нутритивной поддержки позволяет уменьшить на 2,6 суток длительность лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии и снизить летальность в изучаемой группе больных на 5,9%.

Вывод. Определена взаимосвязь белково-энергетической недостаточности и тяжести синдрома острого повреждения легких у больных общим перитонитом.

Изучение метаболических потребностей легких позволили определить калорийность питания, количественный и качественный состав необходимых нутриентов - белков, жиров и углеводов, сроки начала энтерального питания.

Разработана программа метаболически направленной нутритивной поддержки у больных общим перитонитом с острой дыхательной недостаточностью с определением парентерального и энтерального компонента лечебного питания, с ранним включением зондового энтерального питания на основе применения специальной смеси Нутриэн Пульмо.

Использование в клинической практике разработанной схемы нутритивной терапии способствует улучшению результатов лечения общего перитонита, уменьшению количества осложнений, сроков лечения и летальности.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Шатманов С.Т., Ахматов А.Т., Мамыров Н.А., Боркулов А.А.
Ошский Государственный Университет

Известно, рецепторы слизистой оболочки полости рта являются мощным источником рефлексов, которые оказывают влияние на секреторную и моторную деятельность желудочно-кишечного тракта. В то же время полость рта является эффекторным полем обратного влияния «патологических» рефлексов с внутренних органов.

В развитии заболевании слизистой оболочки полости рта и всего желудочно-кишечного тракта определенная роль принадлежит инфекционному фактору. Под влиянием, например, дизентерийной интоксикации поражаются интрамуральные сплетения Ауэрбаха и Мейснера, парасимпатические и симпатические узлы, ветви чревного нерва, иннервирующие брыжейку, что приводит к двигательным и секреторным нарушениям различных отделов пищеварительной системы; снижается «диссоциация» выделения ферментов в дуоденальном содержимом. Так, создаются условия, когда сапрофиты и условно-патогенная флора кишечника приобретают вирулентные свойства и вызывают патологические процессы в слизистой оболочке кишечника и слизистой оболочке полости рта. Кроме того, огромное количество бактерий, заглатываемых из полости рта, в указанных условиях также могут стать патогенными.

Многообразие клинической картины обусловлено локализацией язвы. При кардиальных язвах и язвах на задней стенке тела желудка боли возникают вскоре после приема пищи под мечевидным отростком, нередко иррадиируют за грудину в область сердца, стимулируя приступ стенокардии. При язвах малой кривизны желудка боли возникают как правило, через 15-60мин после еды и локализуются преимущественно в эпигастральной области. Антральным язвам чаще сопутствуют голодные боли, отрыжка и изжога, наклонность к профузным кровотечениям. Сочетание язв желудка и двенадцатиперстной кишки довольно часто. Болевой синдром в этих случаях характеризуется двумя волнами. Через 40-60 мин после еды появляется боли, резко усиливающаяся через Г/2-2 ч и сохраняющаяся длительное время. Нередки упорная изжога, рвота, профузное кровотечение.

Основным симптомом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются поздние, голодные, ночные боли, не связанные с качеством пищи и купирующиеся приемом пищи ил слабых растворов щелочей. Боли отмечаются в подложечной области, в области пупка и могут иррадиировать в спину, за грудину.

Клинические симптомы, развивающиеся в полости рта, при язвенной болезни желудка мало чем отличаются от таковых при хроническом гастрите. При язвенной болезни желудка, также как и при гипацидных состояниях, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, гипосаливация наиболее характерна в периоды обострения основного заболевания. Отмечаются изменения эпителия дорсальной поверхности языка. Налет на языке серовато-белого цвета наиболее выражен в дистальных его отделах, плотно прикреплен к подлежащим тканям. Фаза физиологической десквамации нитевидных сосочков заторможена, рельефность листовидных сосочков нарушено, грибовидные сосочки в начале заболевания мало изменены, однако в последующем в зависимости от характера течения язвенной болезни они могут быть гиперплазированы или, наоборот, уменьшены в размере и мало заметны. Слизистая оболочка десны бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, плотная, с незначительными явлениями атрофии.

Анализируя полученные данные можно отметить наиболее характерные слизистой оболочки полости рта при патологии желудочно-кишечного тракта. Субъективные ощущения проявляются в жжении, парестезиях слизистой оболочки, особенно языка. В стадии обострения патологического процесса в полости рта могут отмечаться одинаково часто явления гипер-и гипосаливации. Наиболее ранние макро и микроскопические изменения, характеризующиеся явлениями десквамации и истончения эпителиального покрова слизистой оболочки рта и языка, отмечается десквамативный глоссит. На поздних этапах появляются эрозии, афты и язвы в различных участках слизистой оболочки полости рта. При развитии дисбактериоза и вторичного гиповитаминоза нередко присоединяются кандидоз и поражения губ и языка, характерные для гиповитаминоза группы В, РР. Нередко изменения слизистой оболочки полости рта отражают суть не «чистой» желудочно-кишечной патологии, а развившихся вторично других нарушений организма. В этом трудности установления этиологии и патогенеза воспаления слизистой оболочки полости рта при подострых, хронических и рецидивирующих поражениях пищеварительных органов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ИНТЕРКОРПОРАЛЬНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ТИТАНОВЫМИ КЕЙДЖАМИ

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А.
Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии г Ташкент. Узбекистан.

Несмотря на положительные ближайшие результаты хирургических вмешательств, у подавляющего большинства больных, почти все исследователи данной проблемы отмечали высокую частоту неблагоприятных исходов (20-50%) в отдаленном периоде после операции. В большинстве случаев необходимость оперативного вмешательства доказывает несостоятельность современной терапии дегенерации межпозвонковых дисков и невозможность комплексного, по-настоящему патогенетического лечения патологии.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника с нестабильностью позвоночно-двигательных сегментов с диско-радикулярными конфликтами.

Материал и методы. В отделении Вертебрологии Республиканского Специализированного Научно-Практического Центра Травматологии и Ортопедии в период с 2012 по 2021 год было выполнено 42 операции по замещению межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника устройством – титановым кейджом отечественного производства собственной разработки клиники. Средний возраст больных 41 лет. Мужчин было – 19 (45.2%), а женщин – 23(54,8%). Абсолютным показанием к хирургическому лечению с применением собственного устройства является длительный болевой и корешковый синдром на фоне нестабильности позвоночно-двигательного сегмента.

Результаты. Функциональные результаты лечения через 18 месяцев после операции оценены как хорошие и удовлетворительные в 92,8 % случаев. Рентгенологические исследования не выявили не одного случая миграции имплантата по межтеловому промежутку. Данными рентгенографии, МСКТ и КТ подтверждены остеоинтегрированные свойства инплантата отмечалось формирования межтелового костно-металлического блока. В 92,8 % случаев оперированных позвоночные сегменты были стабильны, что соответствует литературным данным об эффективности применения других видов межтеловых имплантатов.

Выводы.Разработанный нами титановый кейдж может быть успешно использован для различных видов межтелового спондилодеза в хирургическом лечении дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника. Обладая остеоинтегративными свойствами кейдж обеспечивает формирование межтелового костно-металлического блока с использованием аутокости, что упрощает операцию и уменьшает ее травматичность.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ НУКЛЕОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЙ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Цель исследования. Улучшение специализированную медицинскую помощь больным с дегенеративными заболеваниями позвоночника путем малоинвазивных высокотехнологичных способов лечения.

Материал и методы. Холоднoплазменная нуклеопластика выполнена у 35 пациентов (16 женщин, 19 мужчин) в возрасте от 18 до 62 лет с разной локализацией грыжидиска в поясничном отделе позвоночника. У всех больных произведена кобляция в поясничном отделе. Всем пациентам в дооперационном периоде проводилось консервативное лечение, которое не дало эффекта. Обследование пациентов включало клинические, рентгенологические и МРТ данные. Манипуляцию проводили под ЭОП-контролем.

Результаты: Всем больным в сроки с 6 до 12 мес. После нуклеопластики было проведено МРТ-исследование, по данным которого у 30 больных отмечалось уменьшение протрузии от 1,2мм до 3,3 мм. У 5 больных размер протрузии не изменился, но изменилась ее форма до каплевидной, что мы объясняем снижением внутридискового давления.

Заключение: Проведенная малоинвазивная нуклеопластика пациентам с остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника приводит к уменьшению болевого синдрома, уменьшению размеров грыж дисков и к уменьшению компрессии нервных образований.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Шатурсунов Ш.Ш.[1], Мирзахонов С.А.[1], Шатурсунов.Шамансур.Шахайдарович[2]
1.Республиканский Специализированный Научно-практический Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии. Узбекистан. Ташкент.
2.Частная клиника"ПРОФ МЕД СЕРВИС" Ташкент.

Широкое распространение минимально инвазивных хирургических вмешательств привело к внедрению в спинальную хирургию эндоскопической техники для удаления грыж межпозвоночных дисков.
Эндоскопическая микродискэктомия (ЭМД) при грыжах люмбальных межпозвоночных дисков является малоинвазивной операцией и обеспечивает раннее восстановление физической активности и трудовой деятельности пациента.

С 1993 года J.Destandau начал разработку новой минимально инвазивной техники, предложив в 1995 году использовать для удаления грыж межпозвонковых дисков специальную операционную вставку стандартного эндоскопа прямого угла зрения диаметром 4 мм, разработанную фирмой «Karl Storz». В 1998 году V. Smith и K.Foley впервые описали технику эндоскопической микродискэктомии (ЭМД), сочетающую методику хирургического вмешательства с эндоскопическим контролем. В 2004 году J.Chiu из Калифорнийского спинального центра предложил модификацию эндоскопической технологии - впервые в спинальной хирургии эндоскоп был совмещен с тубулярным дистрактором. В 2006 году компания «Rudolf» выпустила первый тубулярный дистрактор с закрепленным в тубусе эндоскопом. Такой эндоскоп уже имел угол обзора, был подвижен во вставке, что позволяло использовать всю площадь тубуса для манипуляций инструментами. В 2000 году фирма «Karl Storz» выпустила свою модификацию портальной технологии под названием Easy Go. В 2006 году T. Lubbers разработал систему Spine Tip, включающую набор инструментов для трех доступов эндоскопической дискэктомии: трансфораминального (TESSYS), интраламинарного (IESSYS) и шейного (CESSYS) которая с успехом используется до настоящего времени. Таким образом, в ходе развития спинальной эндоскопии удалось минимизировать операционную травму и увеличить эффективность использования пространства доступа во время операции.

Целью исследования является изучение клинических результатов ЭМД в лечении грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы

С 2016 по 2020 гг. ЭМД выполнена 147 больным с грыжами поясничных межпозвонковых дисков (51 женщин, 96 мужчин в возрасте от 24 до 64 лет). Диагноз основывался на клинико-неврологических, рентгенологических, МРТ и МСКТ исследований. Продолжительность корешкового синдрома составляла от 1 мес. до 10 лет. Многократное консервативное лечение не принесло больным стойкого продолжительного эффекта. Болевой корешковый синдром наблюдался у всех пациентов, двигательные нарушения отмечались у 39 (26,5%), чувствительные выпадения – у 82 (55,8%), тазовые расстройства- у 1 пациента. Компрессионная радикулопатия L5-корешка отмечена у 43 (29,3%) больных, S1 – в 55 (37,4%), L4- в 22(15,0%), L4 и L5 –в 10 (6,8%) наблюдениях, L5 и S1 – в 17 (11,6%) наблюдениях. МРТ и обзорная спондилография проводились во всех случаях, МСКТ в 38 (25,9%) случаях. Критериями исключения при отборе больных для проведения ЭМД служили много уровневые, множественные локализации грыж, клинически проявляющаяся нестабильность позвоночно-двигательного сегмента и центральный стеноз позвоночного канала.

Нами с 2016 года – у 28 (19%) больных ЭМД выполнена с использованием портальной технологии Easy Go, а у 119 (81%) больных с применением эндоскопического инструментария «SPINETIP». Операции проводились под интероперационным рентген контролем.

Результаты лечения подразделены на ближайшие – до 3 месяцев и на отдаленные более 6 месяцев.
Анализ результатов лечения проводили по специальной шкале MacNab, болевой синдром изучали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику McGill.

Анализ отдаленных результатов лечения через 6 месяцев показал отличные результаты у 105 (71,4%), хорошие у 27 (18,4%), удовлетворительные у 9 (6,1%). Неудовлетворительный результат в виде рецидива грыжи с реоперацией наблюдался у 6 (8,9%) больных. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения наблюдались в 9 (6,2%) случаях и повреждения ТМО в 3 (2,1%) случаях.

Анализ результатов лечения показал, что эндоскопические способы удаления грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника являются современными, прогрессивными, высокоэффективными и малотравматичными методами лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Каракулов К.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудопоясничного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенностями данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудопоясничного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах грудопоясничного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел грудопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломи были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5(8,9%) больных в грудопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентген-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической доформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Заключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел грудопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОТОМИКОЗА

Шодиева Э.Ю., Усманова Н.А., Ёкубова З.А.
Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы микозы с их разнообразной локализацией и клиническими проявлениями углублённо изучаются врачами самых различных специальностей. Так, по данным ВОЗ 20 %

населения всего мира, т.е. каждый пятый житель планеты, поражены грибковой инфекцией. Широкое распространение грибов в природе, их постоянное присутствие, как в окружающей среде, так и в организме, обусловливает неизбежность контактов и инфици-рованность ими человека.

В настоящее время отмечается увеличение числа пациентов с микоти-ческим поражением ЛОР-органов и, в частности, наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа пациентов обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита.

Кроме того, прослеживается тенденция к развитию резистентности гриба-возбудителя микоза к специфическим противогрибковым препаратам. Отмечено повышение удельного веса хронического грибкового воспаления с частыми рецидивами, не поддающимися медикаментозной коррекции, что, в свою очередь, приводит к увеличению сроков нетрудоспособности и инвалидизации населения. Это обусловило необходимость проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения микотического поражения уха посредством усовершенствования качества лабораторной диагностики микоза и специфической антимикотической терапии.

Методы исследования. Методы исследования: клиническое, эндомикроскопическое, микробиологическое, микологическое, рентгенологическое (включая КТ, МРТ), эпидемиологическое, статистическое.

Результаты исследования. Проведённые нами эпидемиологические исследования установили, что среди пациентов с воспалительными заболеваниями уха доля грибкового поражения составляет 23%. У 69,1% имелся наружный грибковый отит, у 17,8% - микоз среднего уха и у 13,1% - микоз послеоперационных полостей.

Разработан алгоритм диагностики отомикоза, включающий отомикроскопию, световую и люминесцентную микроскопическую экспресс-диагностику и посев на селективные питательные среды, что позволило сократить время постановки диагноза и начала лечения с 10-14 до 1 суток.

Возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов Aspergillus, Pénicillium, Mucor, Rhizomucor (у 60,5% обследованных) и дрожжеподобные грибы рода Candida (у 39,5% обследованных). Среди грибов рода Aspergillus доминирует Aspergillus niger (43,5%). Этиологическую значимость имеют не только Candida alb., но и другие виды Candida.

В 16,4% случаев выделены грибково-грибковые или грибково-бактериальные ассоциации.

Состав грибковой флоры меняется в зависимости от локализации воспалительного процесса. При микозе наружного слухового прохода плесневые грибы выявлены у 64,3% пациентов, дрожжеподобные - у 35,7% пациентов, при микозе среднего уха - у 20,8% и 79,2% пациентов, а при микозе послеоперационной полости - у 94,3% и 5,7% пациентов, соответственно.

В патогенезе грибкового заболевания уха доминирующим предрасполагающим фактором является различная по генезу травма. Предрасполагающим фактором развития микоза среднего уха и послеоперационных полостей является сопутствующая соматическая патология, например сахарный диабет, выявленный у 26,4% пациентов, против 2,85% - у пациентов с наружным грибковым отитом.

Основными клиническими симптомами наружного, среднего грибкового отита и микоза послеоперационной полости уха являются боль и выделения из уха. Патологическое отделяемое имеет характер казеозно-некротических масс, окрашенных в зависимости от гриба-возбудителя.

Разработан алгоритм лечения отомикоза, включающий применение местных и системных противогрибковых препаратов или их сочетаний в зависимости от локализации процесса и этиологического фактора, что позволило уменьшить количество неудовлетворительных результатов с 40% до 5% - при кандидозном и с 16% до 4% - при ас-пергиллёзном наружном отите, а долю рецидивов - с 16,6% до 10% и с 30% до 3,1%, соответственно. У пациентов с микозом среднего уха и микозом послеоперационной полости полное излечение достигнуто у 88% при кандидозном и у 82,4% -при аспергиллёзном процессе, доля рецидивов уменьшилась до 6% и 20%, соответственно.

Оптимизированы условия фотодинамического воздействия на грибы и разработан метод фотодинамического лечения наружного грибкового отита, вызванного резистентными штаммами грибов рода Candida.

Вывод. Разработанный диагностический алгоритм при отомикозе, включающий использование операционного микроскопа для отоскопии и отбора материала для дальнейших микроскопических и микологических исследований, позволяет сократить время постановки диагноза грибкового заболевания до 1 суток.

Разработанный алгоритм лечения грибкового отита, учитывающий локализацию процесса и вид гриба - возбудителя отомикоза позволяет сократить сроки лечения пациентов с грибковым поражением уха, уменьшить число рецидивов и неудовлетворительных результатов.

Предложенный нами алгоритм диагностики и лечения отомикоза можно использовать в амбулаторных и стационарных условиях.

АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ СУД-ТИББИЙ ТАВСИФИ

Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.
Республика суд-тиббий экспертиза илмий амалий маркази Самарқанд филиали
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Турли ҳодисалар билан боғлиқ оғир қўшма жароҳатланишлардан болалар ўлими ҳамда ногиронлик ҳолатлари юзасидан кўплаб минтақалардаги вазият мураккаблигича қолмоқда. Бутун дунё миқёсида транспорт травматизми ва айнан автомобил травмалари билан боғлиқ жароҳатланишлар барча инсонлар, шу жумладан болалар жароҳатланишлар таркибида етакчи ўринда туради. Суд тиббий экспертиза мақсади учун пиёда-болаларнинг ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашуви ҳолатларида етказилган жароҳатланишлар шаклланишининг ўзига хос жиҳатлари ва механизмини баҳолаш масалалари етарлича ўрганилмаган. Шунга кўра, автомобил травмасининг мазкур турида пиёда-болалар аъзо ва тўқималари жароҳатланишларнинг бошқа турдаги тўмтоқ жароҳатланишлардан фарқларини очиб беришга доир тизимли тадқиқотлар ўтказиш тақозо этади.

Тадқиқот мақсади. Ҳаракатдаги автомобилларнинг пиёда-болалар билан тўқнашувидаги жароҳатланишлар шаклланишининг ўзига хос жиҳатларини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Ҳаракатланаётган автомобиллар билан тўқнашув натижасида вафот этган 140 нафар пиёда-болалар жасадлари суд-тиббий экспертизалари натижалари таҳлил қилинди. Жароҳатларишларни ўрганиш ва улар механизмига баҳо беришда, автомобиллар кузовлари ташқи қисмлари, айниқса олд ва олд-ён сохаларини бўртиб чиққан тузилмалари конструктив жиҳатлари, ўлчамлари ва ер сатхидан баландлиги инобатга олинган холда, пиёда болалар тана (бўйи) узунлиги ҳам аниқланди. Тана қисмлари тузилмалари, жарохатларининг морфологик ва морфометрик жиҳатлари ўрганишда летал оқибатларда стереомикроскопик, нолетал холларда рентгенологик ва компьютер томография текширувлардан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. Вафот этган пиёда – болаларда қўшма жароҳатланишлар таркибида - бош-мия жароҳатлари (78.0%), кўкрак қафаси ва аъзолари (40.6%), қорин бўшлиғи аъзолари (50,0 %) ва қўл-оёқ узун найсимон суякларининг синиши (55,0%) хамда умуртқағорқа мия жароҳатлари (25.7%) энг кўп ҳолларда кузатилди.

Бош мия тузилмалари жароҳатларида пешона ва чакка-тепа суяклари синиши устунлик қилди. Ушбу маълумотлар болаларда бош-мия жароҳатлари аксарият ҳолларда автоҳалокатнинг 3-босқичида, яъни жабрланганларнинг ер юзасига йиқилишида шаклланганликдан далолат берди.

Умуртқа-орқа мия жароҳати таркибида С ва Th соҳалари жароҳатлари кўп ҳолатда қайд этилди. С-соха тузилмалари жароҳатларида юқори умуртқаларнинг ва айнан энса-бўйин жароҳати устунлик қилди ҳамда булар синиш соҳаларда умуртқа поғоналари ва орқа миянинг тўлиқ ажралиши кузатилди. Бу эса ўз навбатида умуртқа-орқа мия жароҳатларининг АТ нинг 1-фазасида (кўкрак-бел умуртқалари жароҳатланиши) ва 2- фазасида (бўйин умуртқалари жароҳатланиши) содир бўлганлигини кўрсатди.

Пиёда-болаларда кўпинча сон ва болдир суякларининг диафизар қисми ўрта учлигида (R=0,991-0,995) ва нисбатан кам ҳолларда болдир суяклари диафизи пастки учлигидан синишлар кузатилди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, сон суякларининг синиши асосан 6 ёшдан 12 ёшгача бўйи 140,0±3,0 смдан паст бўлган болаларда, болдир суякларининг диафизар синиши эса кўпинча бўйи 140,0±3,0 смдан баланд бўлган 12-14 ёшдан ошган болаларда қайд этилди ва улар асосан парчаланиб силжиб синишлар, айрим ҳолларда – “бампер синиши” тарзида бўлиб, бу ҳолат ушбу жароҳатларнинг автоҳалокатнинг 1-фазасида шаклланганлигини кўрсатди.

Хулосалар. Ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашувда жароҳатланиши оқибатида вафот этган пиёда-болалар аъзо ва тўқималари жароҳатланиш жиҳатлари. Уларнинг анатомо-физиологик жиҳатларга боғлиқ ҳисобланади ва катта ёшли инсонлардаги бу каби жароҳатланишлардан тубдан фарқ қилади.

АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ

Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.
Республика суд-тиббий экспертиза илмий амалий маркази Самарқанд филиали
Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Йўл-улов ҳодисалар билан боғлиқ жароҳатланишларда жабрланган пиёда-болалардаги жароҳатлар жиҳатлари ва оғирлик даражаларини баҳолаш масалалари суд-тиббий экспертиза амалиёти учун етарли даражада ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади. Ҳаракатда бўлган автомобиллар билан тўқнашувида жабрланган пиёда-болалардаги жароҳатлар табиати ва оғирлик даражасини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Ҳаракатланаётган автомобиллар билан тўқнашувда турли даражали жароҳат олган пиёда-болаларга оид 302 та нолетал ҳолат бўйича суд-тиббий экспертиза натижалари ва уларга доир тегишли материаллар маълумотлари таҳлил қилинди. Экспертиза хулосалари (далолатномалари) га қўшимча равишда иш материаллари, тиббий ҳужжатлар, рентген, компьютер томография текширувлар ўрганилди. Барча ҳолатларда жароҳат олган пиёда-болалар суд-тиббий кўрикдан ўтказилиб, зарур бўлган ҳолларда қўшимча текширувлар ва тегишли соҳа малакали мутахассислари маслаҳатлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Жабрланган 302 нафар болалардаги жароҳатлар таҳлили натижаларига кўра, пиёда-болаларда энг кўп учрайдиган жароҳатланишлари қўшма бош мия жароҳати 90 та ҳолатни ташкил этган, шулардан 62 тасида мия чайқалиши ва 28 тасида турли даражали мия лати ҳамда бош асос ва гумбаз суяклари синиши қайд қилинди. 12 та ҳолатда пиёда болаларда гумбаз ва асос суяклари синишидан ташқари юз суяклари синишлари (ёноқ суяклари - 6, бурун суяклари - 4, пастки жаг - 2) кузатилди. Бундан ташқари, қўшма бош-мия жароҳатларининг таркибида 5 та ҳолатида тишларнинг синиши ва чиқиши, 1 ҳолатда эса ҳатто ноғора парданинг ёрилиши ҳам қайд этилди. Ушбу маълумотлар пиёда-болаларда бош-мия жароҳатлари асосан автоҳалокатнинг 3-чи фазасида, яъни тананинг ер қопламасига йиқилишида вужудга келганидан дарак беради.

Пиёда-болаларда аниқланган мия чайқалиши ҳолатлари соғлиқни бузилиши давомийлиги асосида соғлиқни бузилишига сабаб бўлган енгил тан жароҳатлари даражасида баҳоланди. Мия лати, гумбаз, асос ва юз суяклари синишлари ҳаёт учун ҳавфлик мезони бўйича оғир тан жароҳатлари сифатида баҳоланди.

Нолетал ҳолатларда пиёда- болалар қўл – оёқ суяклари синишллари ҳам летал ҳолатлардагидек, ушбу турдаги автомобил травмаларда кўп учрайдиган жароҳат тури эканлиги аниқланди. Жабрланган пиёда-болалардаги қўл - оёқ суяклари синиши учраш частотаси, тури ва жойлашув ўрни, летал ҳолатларда 140 нафар пиёда-болаларда кузатилган қўл-оёқ суяклари синишлари натижалари билан солиштириб ўрганилди.

Нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда ўнг оёқ (9) ва чап оёқ суяклари (13), бошқа суяклар синишларига нисбатан, кўп ҳолларда содир бўлган. Ушбу маълумотлар летал ҳолатлар билан боғлиқ ўтказилган тадқиқотлар натижаларига мос келади. Сон ва болдир синиқлари уларнинг хусусияти ва жойлашувига кўра, асосан диафизар ўрта учликда кузатилди, синишлар автоҳалокатнинг 1-чи босқичида, яъни автоуловлар кузовлари ташқи буртиб чиқиб турадиган қисмлари зарбаси таъсиридан келиб чиққанлигидан далолат беради. Қўл суяклари - елка (5) ва чап билак суяклари (2) синишлар автоҳалокатнинг 3-фазасида, яъни жабрланган бола танасининг ер қопламасига тушишида юзага келишини кўрсатади, чунки бўғим ичи синишлари ва елка суяги бўйин қисми синиши йиқилиш жараёнига хос одатий ҳол ҳисобланади. Пиёда-болаларда қўл ва оёқ суяклари синишлари полиморфлиги болаларда ушбу тузилмаларнинг анатомик ва физиологик хусусиятларига боғлиқлиги билан ифодаланади.

Ҳаракатдаги автомобиллар билан тўқнашувда нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда бош-мия жароҳатлари - мия чайқалиши, турли даражали лат ейиши ва бош суяклари (кўпинча пешона, чакка суяклар), шунингдек қўл – оёқ узун найсимон суяклари синишлари кузатилади. Нолетал ҳолатларда кўкрак, қорин ва чаноқ соҳалари аъзолари жароҳатланишлари ҳамда умуртқа-орқа мия жароҳатлари кам ҳолларда қайд этилади, чунки бу каби жароҳатланишларда кўп ҳолларда жабрланган болаларда ҳодиса жойларида летал оқибат кузатилади.

Хулоса. Нолетал ҳолатларда пиёда-болаларда энг кўп ҳолларда (68,5 %) енгил даражали жароҳатланишлар ва кам ҳолларда оғир ёки ўрта даражадаги жароҳатлар кузатилади (18,6 ва 12,2%), қолган 0,7% да жароҳатлар кузатилмади. Жароҳатлар оғирлик даражаларини баҳолашнинг асосий мезонлари ҳаёт учун хавфлилик ва соғлиқнинг бузилиши давомийлиги, айрим ҳолларда – умум меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиш миқдори ҳамда аъзо ёки унинг фаолияти йўқотилиши ҳисобланади.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПТЕРИГИУМЭКТОМИИ

Шорустамова М.М., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш.
Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. Птеригиум – это заболевание, представляющее собой конъюнктивально-роговичную дегенерацию, сопровождающуюся ростом фиброваскулярной ткани по поверхности роговицы. По мнению ряда авторов, наиболее важными провоцирующими факторами являются ультрафиолетовое излучение, изменение слезной пленки, нарушение баланса цитокинов, факторов роста, иммунологических механизмов, генетические мутации, а также вирусные заболевания. Современные классификации учитывают степень нарастания фиброваскулярной ткани на роговицу, склонность птеригиума к прогрессированию и его гистологические особенности. В начале заболевания птеригиум обычно протекает бессимптомно. Дальнейшее распространение птеригиума в оптическую зону снижает остроту зрения и требует хирургического лечения.

Несмотря на широкий выбор методик лечения такого распространённого заболевания как птеригиум, острота проблемы не снижается, за счет стабильного уровня рецидивов и поиск эффективных средств против осложнений остается актуальным.

В настоящее время с целью снижения частоты рецидивов используются такой препарат как Митомицин С, бета-облучение и анти-VEGF терапию. Широкое распространение получило такое новое эффективное направление в офтальмологии как фотодинамическая терапия, основанная на применении фотосенсибилизаторов и низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора.

Цель. Совершенствование лечения послеоперационного периода птеригиумэктомии и снижение риска развития рецидивов.

Материал и методы исследования: Нами обследованы 30 пациентов (30 глаз) в возрасте от 19 до 66 лет, из которых 20 мужчин и 10 женщин. Всем пациентам была проведена операция птеригиумэктомии, с пластикой аутоконъюнктивы на ножке по методике Э. Н. Билалова(1998). Для оценки эффективности комплексного лечения с применением фотодинамической терапии пациенты были разделены на 2 группы. В I группе (контрольная I) – 15 пациентов - после операции птеригиумэктомии была проведена комплексная терапия с применением стандартных препаратов (флоксадекс, диклофенак 0,1%, солкосерил). Пациенты II группы (основная) - 15 пациентов, получали комбинированное лечение с применением фотодинамической терапии 300 мДж в импульсном режиме (630 нм 3 мин) в течении 7 дней, на отечественном аппарате“АЛТ-Восток” (разработанный Бахритдиновой Ф.А., Миррахимовой С.Ш., Нарзикуловой К.И. в 2015 году)

Результаты исследования. В нашей работе мы оценивали такие показатели выздоровления в контрольной и основных группах, как эпителизация роговицы, адаптация конъюнктивальных швов и сроки выздоровления пациентов. Для оценки данных показателей была использована адаптированная шкала по Ю.Ф.Майчуку и Е.С.Ваховой для исследования объективных и субъективных признаков воспаления. Результаты исследования указывались в баллах от 0 до 3х. Где 3 балла – это выраженное проявление признака; 2 балла – среднее проявление признака; 1 балл – признак слабо выражен; 0 баллов – признак не выражен. Показатели оценивались на 1, 3 и 7 день после операции птеригиумэктомии с пластикой аутоконъюнктивы в обеих группах. Результаты исследования показали, что эпителизации роговицы в контрольной группе составила 2.3 балла на 7 день лечения, в то время как у пациентов основной группы, получавших комбинированное лечение с применением фотодинамической терапии, этот показатель был равен 2,7 балла. Адаптация конъюнктивальных швов на 7 день лечения составила 2,2 балла в контрольной группе, а в основной группе – 2,6 балла. Сроки выздоровления в контрольной группе в среднем составили 7,4 дней, а в основной группе этот показатель составил 6,5 дней.

По данным проведенных исследований можно судить, что терапевтическая активность лечения в контрольной группе значительно ниже, чем в основной группе с фотодинамической терапией.

Выводы. Терапия пациентов после операции птеригиумктомии с использованием фотодинамической терапии усиливает эффективность базисного лечения и сокращает сроки воспалительного процесса. Применение фотодинамической терапии в 300 мДж импульсном режиме в течении 7 дней, аппаратом “АЛТ-Восток” в комплексной терапии послеоперационного периода птеригиумэктомии значительно облегчает течение воспалительного процесса и сокращает сроки выздоровления, эпителизации роговицы и адаптации конъюнктивальных швов.

ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТАЛАР БЕМОРЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР

Шукуров Т.Д., Сабиров 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.

Ҳозирги вақтда ушбу инфекция билан боғлиқ жиддий муаммолар аниқ: сурункали шаклланишнинг юқори частотаси, узоқ муддатли асимптоматик йўл, касалликнинг кеч босқичларида намоён бўлиши (жигар циррози), гепатоцеллуляр 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 (мутлақ сонда - 58 123 кишини ташкил етди), 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 минтақаларда 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 ± 2,1 см ТПД 12,38 ± 2,37 см, СВР 11,5 ± 2,31 см, ТЛД 6, 71 ± 1,37 см (п> 0,05). Жигарнинг контурлари текис, равшан, 8 (23,5%) беморда қирраларнинг юмалоқлиги, ечо тузилиши ҳетерожен, эхогенлиги бироз ошган (10 (29%) беморда) - бироз), овоз ўтказувчанлиги 11 (32,35%) беморлар камаяди, қолганлари ўзгартирилмайди. Ушбу гуруҳдаги 6 (17,64%) беморда талоқ катталаштирилди.

АСҲ билан оғриган барча беморларда жигар катталиги ўртача даражада ошган: СВР 16.42 ± 1.07 см, ТПД 130.2 ± 1.37; ККР 9, 90 ± 0, 99 см; ТЛД 8.61 ± 1.28 см (п> 0.05). Жигарнинг контурлари 13 (39,39%) беморда текис, равшан; қирралари юмалоқ, эхо тузилиши ҳетерожен, эхогенлиги ортади, 28 (84,8%) беморда овоз ўтказувчанлиги пасаяди; ушбу нозологияга эга бўлган барча беморларда асцитлар аниқланмаган. 3 (9%) беморда талоқ катталаштирилди, унинг эхо тузилиши ўзгармади.

НАФЛД билан оғриган беморларда жигар ҳажми ўртача даражада эди

меъёрлар: CWP 14,67 ± 0,80 см; ТПД 10,35 ± 1,66 см, ССР 9,42 ± 1,16 см; ТЛД 6,68 ± 1,42 см.Жигар контурлари бир текис, эхо тузилиши гетероген, экогенлиги кучаяди, товуш ўтказувчанлиги пасаяди; асцитлар барча клиник кузатувларда аниқланмаган. Барча беморларда талоқ катталаштирилмайди.

ЛС билан оғриган 35 беморда (87,5%) жигар ҳажмининг ўсиши кузатилди: СВР 17,51 ± 1,82 см; ТПД 13,1 ± 2,12 см; СРС 11,24 ± 1,39 см; ТЛД 8,99 ± 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 кўринарди.

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 эхогенлиги 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 ортиқ) 10 (25) да кузатилган %). Ушбу гуруҳнинг 35 (87,5%) касалида талоқнинг катталашиши кузатилган.

Шуни таъкидлаш керакки, 12 ой давомида динамик кузатув пайтида жигар ва талоқ ултратовуш параметрларида аниқ ўзгаришлар аниқланмади (п <0,05). Ушбу параметрни диффуз жигар касалликлари билан оғриган беморларнинг ўзгаришларини скрининг баҳолашда диагностик аҳамиятга эга деб ҳисоблаш мумкин эмас.

Ўрганилган гуруҳларда портал ва талоқ 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 контрендикациялар, 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.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С ДА УЛЬТРАТОВУШ ДОППЛЕР ТЕКШИРУВИНИНГ АҲАМИЯТИ

Шукуров Т.Д., Сабиров 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 фарқ) 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 допплерографияси (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 ультратовуш допплер 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 экографик 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 п <0,05 да аниқланди.

Таҳлил қуйидаги хулосаларни чиқаришга имкон берди. Олинган маълумотлардан кўриниб турибдики (2-жадвал), тасдиқланган сурункали гепатит билан оғриган беморларнинг атиги 23,6 фоизида 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 англатмайди ва кейинги текширувдан бош тортиш учун сабаб бўлиши мумкин эмас.

Беморларга ташҳис аниқлигини ошириш масаласи тиббиёт диагностикасининг асосий масалаларидан хисобланади. Бу масалани хал қилиш усулларидан бири ташҳис қўйиш жараёнига ахборот коммуникация воситаларидан кенг фойдаланиб, жараёнларни параллеллаштириш ва конвейерлаштириш хисобланади.

Допплер текшируви тез ўзгартиришлари асосида алгоритмик ва процессор воситаларини яратиш муаммоси бу воситаларни тиббиёт, радиолакация, геофизика, сейесмология, тасвирларни қайта ишлаш, автомабил эхтиёт қисмларини синовдан ўтказиш каби сохаларда кенг қўлланилаётганлиги учун ҳам долзарб хисобланади.

Спектрал коэффициентларни хисоблашнинг 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.

Хулоса. 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 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 контрендикациялар, 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.

O’RTA OSIYO HUDUDIDA “QURUQ KO’Z” SINDROMINI OLDINI OLISH VA DAVOLASHDA XALQ TABOBATI MAXSULOTLARINI QO’LLANILISHINING AXAMIYATI

Egamberdieva S.M., Haydarov B.X.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Mavzuning dolzarbligi: Quruq ko‘z kasalligi (sindromi) - ko‘z kasalligi hisoblanib, ko’z yoshi bezlari funksiyasining kamayishi, ko’z yoshning bug‘lanib ketishi hisobiga ko‘z yoshing qurib qolishidir. 50 yoshdan oshgan insonlarda ko‘proq uchraydi.Quruq ko’z sindromiga olib keluvchi sabab ko’z yosh ishlab chiqarilishining buzilishi, ko’z yoshning bug‘lanib ketishidir. Ko’z yosh ishlab chiqarilish funksiyasining buzilishi ko‘pincha yoshi katta insonlarda uchraydi, bu holat ko’pincha ayollarda uchraydi. Bunga sabab ayollarda hayz siklining buzilishi, menopauza. Quruq ko’z sindromi kompyuter sindromida ham kuzatiladi. Kompyuter sindromi o’smirlarda va

yoshlarda “gajet”lardan uzoq muddat foydalanganda kuzatiladi, ya’ni mobil telefon, planshet, noutbuklardan me’yordan ortiq foydalanganda. Ko‘z yoshing qurib qolishiga sabab ko‘zni ochib yumganda ko’z funksiyasining pasayishidir, bunda ko‘z ko’z yoshi suyuqligi bilan namlanishga ulgura olmay qoladi.

Quruq ko‘z sindromi belgilari: achishish, ko’zda huddi bir nima “yot jism” bordek bo’lishi, ko’zning qurishi, “qum tiqilishi” hissiyoti mavjudligi , ko’zning qichishishi, tirnalish hissi, qizarishning bo’lishi. Ko’z yoshi quyuqlashadi. Ko‘zda shilliq ajralmalar to‘planib qoladi. Bunga sabab ko‘zning o‘ta qo‘zg‘aluvchanligidir. “Quruq ko‘z” sindromida ko’zdan ajralayotgan ko’z yoshning tarkibi emotsional holatdagi ko’z yoshi ajralishidan farq qiladi. Ko‘zni ochib yumganda ko‘z olmasi ko’z yoshi bilan namlanib turadi, ko‘zni yumib ochishlar soni kamayganda ko‘zning namlanishi buziladi. Bunday holatlar ko‘p kitob mutoala qilganda, kompyuterda uzoq muddat ishlaganda, televizor oldida uzoq muddat o‘tirganda, quruq iqlim sharoitida yashovchilarda kuzatiladi. Bu kasallik iqlim sharoitiga ham bog’liq hisoblanadi. Kasallik o’z vaqtida davolanmasa og‘ir holatlarga o‘tib ketishi va jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin, masalan ko‘rish o‘tkirligining pashayishi yoki ba’zida anchaga pasayib ketishiga olib keladi. Ba’zi dori moddalari, masalan NSYaQ, diuretiklar,sedativ vositalar, antidepressantlar, qon bosimini tushiruvchi vositalar, tomchi dori vositalari, beta-adrenoblokatorlar, og’riqsizlantiruvchi dori vositalari ham ko‘z qurib qolishiga olib kelishi mumkin. Chang, quruq va tutunli joyda uzoq muddat turmaslik, masalan soch quritish uskunasi fendan uzoq muddat foydalanganda, turli xil isituvchi vositalar oldida bo‘lganda, ayniqsa ular ko‘zga qaratilgan bo‘lsa, ulardan iloji boricha saqlanish zarur. Kompyuterdan foydalanganda masafa saqlash va ekranni pastga qaratib qo‘yish va maxsus kompyuter ko’z oynaklaridan foydalanish, qish mavsumida maxsus havo namlatuvchi asboblardan foydalanish kerak bo‘ladi.Yengil va og‘ir ko‘z qurishlarida qo‘shimcha ko‘zni namlash muolajalari katta ahamiyat kasb etadi. **“**Quruq ko‘z” sindromidan himoya qiluvchi maxsus profilaktika yo‘q. Kasallik asoratlari ko‘zni namlovchi vositalardan foydalangan holda bartaraf etiladi. Ovqat tartibida ko‘z salomatligi uchun zarur bo’lgan mahsulotlarni ko’p bo’lishi, ayniqsa oziq-ovqat tarkibida A vitaminga boy bo’lgan tabbiy mahsulotlarni iste’mol qilish juda katta foyda beradi. Quruq ko'zlarni davolash uchun ishlatiladigan xalq tabobati mahsulotlari orasida damlamalar ayniqsa keng tarqalgan. Ularni tayyorlash oson, protsedura maxsus shartlarni talab qilmaydi.

Moychechak damlamasi. Eng oson yo'li. Moychechak yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega va tirnash xususiyati beruvchi terini tinchlantiradi. Bir hovuch gullar bir stakan qaynoq suv bilan quyiladi. 10-15 daqiqa damlab qo’yiladi. Keyin uni paxta botirib, ozgina siqib, ko'z qovoqlariga 5-7 daqiqa davomida qo’yiladi.

Bibariya (rozmarin) damlamasi . Aralashmani bir stakan qaynoq suv bilan aralashtiriladi va ozgina sovitikadi. Paxta namlab , ko'z qovoqlariga 3-5 daqiqa davomida qo'llaniladi. Damlama quruqlikni pasaytiradi, tirnash xususiyati beruvchi ko'zlarni tinchitadi.

Ko’k choy damlamasi. Yallig'lanish va quruqlikni davolashda samarali hisoblanadi. Buning uchun yirik bargli ko’k choydan olib, uni qaynagan suda damlash kerak bo’ladi, keyin barglarni siqib oling, ularni 5 daqiqa davomida ko'z qovoqlariga surting. Suyultirilgan choy barglari bilan siz ertalab va kechqurun ko'zingizni yuvishingiz mumkin. Uy sharoitida “quruq ko'z” sindromidan kompress qilish yo’li bilan ham yengillashtirish mumkin. Bunda jarayon ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak, bu tarkibiy qismlarning shilliq qavatiga tushishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

Maqsad: “Quruq ko’z” sindromida xalq tabobatida keng foydalaniladigan mahsulotlarni iste’mol qilishni baholash.

Tadqiqot materiali: Bu tadqiqot usuli TTA ko’p tarmoqli poliklinikasi va Sirdaryo viloyati Guliston shahri oilaviy poliklinikasida olib borildi. Ko’rikda asosan 18 ta bemor ko’rildi. Ularni ikki guruhga bo’lib tekshirish olib borildi. Ulardan 9-ta asosiy va 9-ta bemor nazorat guruhlarga bo`lindi. Ko’rik asosan 60 yoshdan oshgan erkak va ayollar hamda menopauzadan keying yoshdagi ayollarda olib borildi. Asosiy guruh bemorlariga ko’z tomchilari, namlatuvchi vositalar, xalq tabobati mahsulotlaridan- baliq moyi va qovoq moyi tavsiya etildi. Nazorat guruhi bemorlariga faqat namlatuvchi ko’z tomchilari tavsiya etildi. Bemorlar murojat qilgan kunidan boshlab 7-kun va 20-kunlarida tekshirilgan.

Tadqiqot usullari: Bemorlarda umumiy oftalmologik tekshirishlar olib borildi:ko’rish o’tkirligini o’lchash, oftalmoskopiya, biomikroskopiya, maxsus tekshiruv usulli (Shirmer sinamasi) o’tkazildi.Tekshiruvlar ko‘z yoshi miqdorini va tarkibini aniqlashda yordam beradi.Tekshiruv natijasida asosiy guruhda 7-kundan boshlab kasallik belgilari keskin kamaygan.Tekshirilgan 9 ta asosiy guruh bemorlarida baliq moyi, qovoq moyi (kapsulada) iste’mol qilishi natijasida 8 kishida to’liq sog’ayish, qolgan bir kishida qisman sog’ayish kuzatildi. Qolgan bir kishida zararli odatlari (tamaki chekish) bo’lgani uchun to’liq tuzalish kuzatilmadi. Nazorat guruhidagilardan esa 6 tasida “quruq ko’z” sindromi alomatlari kamaygan, 3 tasida saqlanib qolgan edi.

Xulosa: “Quruq ko’z” sindromi bilan kasallangan bemorlarda xalq tabobatida foydalaniladigan maxsulotlar baliq moyi va qovoq moyi asosiy guruhdagi bemorlarda qisqa muddat ichida sog’ayish holatlari kuzatildi. Shuing uchun “Quruq ko’z” sindromi bilan kasallangan bemorlarga xalq tabobatida foydalaniladigan maxsulotlar - baliq moyi va qovoq moyi asosiy davolanishdan tashqari istemol qilish tavsiya qilinadi. Tabbiy mahsulotlarni iste’mol nafaqat quruq ko’z uchun, balki organizmning boshqa a’zolari uchun foydali hisoblanadi.

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫЪХ» ДУОДЕНГАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., БатировА.К., Солижонов З.Б.
Андижанский медицинский институт

Просмотрев литературные данные, мы пришли к заключению, что «трудными» ДЯ следует считать: гигантские (более 2 см в диаметре) и/или каллёзные 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 годов 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 периульцерозной 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 составило 11-15 лет - 213 (81,2%) пациентов. Следует отметить, что в исследуемой группе длительность язвенного анамнеза 16 лет и более диагностировано 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 установлено 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 иеет важное клиническое значение в плане выбора метода хирургического лечения и оптимизации хирургической тактики.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Эамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М., Изатуллаев И.Р., Батиров А.К., Солижонов З.Б.
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 «трудноудалимыми» 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 ± 0,8 ммоль/час, а МПК 18,4 ± 0,9 ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы сравнения оказались 7,9 ± 0,7 ммоль/час, а при «трудных» ДЯ 12,6 ±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 ± 3,9 мг/%, а МПП - 94,5 ± 10,1 мг/%. При этом, средние показатели БПП в группе сравнения оказалась 68,7 ± 7,2 мг/%, а МПП - 166,3 ± 15,3 мг/%. В исследуемой группе показатели базальной и максимальной продукции пепсина оказались 89,9 ± 8,4 мг/% и 192,4 ± 17,3 мг/%, соответственно. В целом, наши исследования показали, что базальная и максимальная продукция пепсина у здоровых лиц, у группы сравнения и у исследуемой группах 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 подавляющекуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего большинства желудок 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 ± 3,8 и 29,5 ± 2,9, соответственно. У пациентов группы сравнения - 35,1 ± 1,5 и 23,6 ± 1,4, соответственно и у пациентов исследуемой группы - 21,8 ± 0,6 и 21,3 ± 0,5, соответственно.

Различия средних показателей остаточной активности принятой пищи и период полувыведения у здоровых лиц, у группы сравнения и основной группах 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, зависила от степени ПДС. Полученные данные явились основанием к пересмотру основных принципов лечения пациентов с «трудными» ДЯ.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНГ КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ

К.Н. Эргашев., Ж.А.Ганижонов, Х.К.Усмонов
Умумий жарроҳлик кафедраси
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 тенденцияни саноати ривожланган мамлакатларда кўпроқ тезлашгани тасдиқланган. Европа ва АҚШнинг катта ёшдаги аҳолиси орасида ЎТК 10-15% даражасида аниқланган ва юқори иқтисодий-ҳаражат талаб касалликка айланган [Sandler R.S. et al., 2002; Everhart J.E. et al., 1999].

Афсус билан таъкидлаш лозим-ки, то ҳозиргача ЎТКни аксарият шифокорлар хирургия патологияси деб қабул қилишади, хирургия усуллари билан даволашга суъистемоллик кўрсатишади ёки ўт пуфагини олиб ташлаш йўналишини олтин стандарт даволаш усули 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 муайян касалликлар шиддатланиб авжланади (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 доклиник даврида фаол профилактика ҳамда даволаш амалиётини кучайтириш ёки превентив фаолиятни кучайтиришнинг илмий механизмларини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотларни амалга ошириш эҳтиёж ва зарурият ҳисобланади. Бундай натижалар асосан эпидемиологик текширувларда аниқлик билан олинади 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 охирги 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 тарқалиши даражасини 1,5 баробарга етиб ортиқлиги хорижий мамлакатларда тасдиқланган (Дорофеенков М.Е. ва б.қ., 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 қимматини йўқота бошлаган. Лекин улар орқали ЎТКни барвақт аниқлаш ва “Жарроҳлик иштирокисиз” профилактика қилиш ёки даволаш истиқболларини кўриш ва белгилаш мумкин деб ҳисоблаймиз.

Тадқиқот мақсади – ўт-тош касаллиги эпидемиологиясини кекса ёшдаги аҳолиси орасида ўрганиш ва унинг профилактикасини ҳудудий хусусиятларини аниқлаш.

Тадқиқот вазифалари:

1. Ўт – тош касаллигининг кекса ёшдаги (60-75 ёш оралиғи) 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 йўлларини аниқлаш, амалий фаолиятлар учун йўналтириш.

3. Ўт – тош касаллигини кекса ёшли популяцияда тарқалишини клиник симптомларга боғлиқ ҳолда эркак, аёлларда аниқлаш ва баҳолаш, таҳлиллар асосида илмий асосланган протектив ҳаракатлар мажмуасини яратиш, амалий фаолият учун тавсия қилиш.

Амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларидан келиб чиқиб, яратилган ва амалий фаолиятга йўналтирилган профилактика тизими ва алгоритмларини ишловчанлигини таъминлаш ўт – тош касаллиги билан касалланиш, касалликни кеч қолиб аниқланиши ва шиддатланиб асоратланишлар частотаси, тахминан энг камида кекса ёшли аҳоли орасида 50% - га етиб камайтиради. Холецистэктомияга эҳтиёжни ёки у билан

келиб чиқиши мумкин бўлган ятроген асоратларни кескин пасайтиради. Кексаларда, яъни холецистэктомияга моneликлар билан яшовчи мижозларда бундай натижалар “ўрнини босиб бўлмас” амалий аҳамият касб этишади.

ВЛИЯНИЯ СОРБЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Эшбадалов У.Х., Хажиев Ш. Х., Тешабоев М.Г., Эшбадалов Х. Ю., Махкамова Ф.Т., Халилова Б.Р.
АГМИ

Актуальность: Среди заболеваний челюстно- лицевой области острые гнойно-воспалительные процессы составляют от 40% до 60 %, а фурункулы и карбункулы составляют от 5 до 15% [2,7].

Фурункулы и карбункулы являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями и среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [ЧЛО] занимают до 27 %. Фурункулы у 64,2% карбункулы У 15,1% больных локализуются на лице [1,3,5].

Несмотря на успехи в области их лечения, фурункулы и карбункулы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдается летальность от внутричерепных осложнений в виде сепсиса [1,4,6]. .

В последнее время в связи с часто встречающимися осложненными формами фурункулов и карбункулов ЧЛО, методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности волокнистого полипропиленового сорбента [ВПС] при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО.

Материалы и методы обследования. Под нашим наблюдением находилось 58 больных с фурункулами карбункулами ЧЛО, поступившие на стационарное лечение на 2-5 сутки заболевания. Причем больные с абсцедирующими формами фурункулов поступили на 4-5 день от начала заболевания. Из 58 больных у 8 были карбункулы ЧЛО. Среди всего контингента больных было 27 женщин и 31 мужчин, в возрасте от 16 до 45 лет. Развитию фурункулов и карбункулов в основном, послужило выдавливание мелких гнойничков-«прыщей».

У 25 больных фурункулы и карбункулы локализовались в подглазничной и щечной областях, 18- в области верхних и нижних губ, у 9-в области виска и лба, у 6-в области подбородка и шеи.

Придерживаясь классификации Т.П. Супиева [1972] мы отметили, что у 38 больных были фурункулы, карбункулы в стадии стержня, а 20 больных в момент поступления в стационар отмечалось стадия абсцедирования.

При поступлении больные предъявляли жалобы на наличие воспалительного процесса на лице, где отмечались сильные боли, усиливающиеся при дотрагивании. Кроме того, основной контингент больных отмечали нарушения сна и общую слабость, головные боли и повышение температуры тела на ночь до 38 * С.

Клинические проявление фурункула и карбункула было одинаковым в стадии стержня: инфильтрация в большой отек мягких тканей, гиперемия кожи с конусовидным возвышением, где в центре расположена гнойная корочка, резкая болезненность при пальпации. В случаях абсцедирования отек мягких тканей был наиболее выражен, при пальпации кроме болезненности отмечалась флюктуация. Всем больным назначал общее и местное лечение. Из 58 больных с фурункулами и карбункулами лица в комплексном лечении 30 больным основной [1 группы] местно применяли ВПС. Контрольную [второй] группу составили 28 больных, которым при местном лечении применяли повязки с гипертоническим раствором.

Методика заключалась в следующем: перед накладыванием повязок с сорбентами или гипертоническим раствором, кожу вокруг раны обрабатывали спиртом и удаляли гнойные корочки [при абсцедирующих формах проводили оперативное вскрытие]. ВПС накладывали непосредственно на рану два раза в день и сверху закрывали стерильной марлевой салфеткой.

Известно, что местное лечение фурункулов и карбункулов должно способствовать ограничению и быстрому разрешению воспалительного процесса, отторжению некротического стержня с последующим рубцеванием раны.

Результаты и их обсуждения. Анализ полученных данных микробиологических тестов установил, что в 77,3% случаев из воспалительного экссудата высевались ассоциации микрофлоры, представленные как аэробными [наиболее часто стрептококками и стафилококками], так и анаэробными микроорганизмами [преимущественно превотеллами, вейлонеллами и бактероидами]. В 13,6% случаев выделялись только аэробные микроорганизмы [стрептококки, стафилококки и энтерококки]. В остальных 9,1% случаев - только анаэробная флора. Удельный вес дрожжеподобных грибов рода Candida не превышал 4,4% от общего количества исследований. При оценке уровня суммарной бактериальной обсемененности раневого отделяемого отсутствие признаков микробного роста или значительное снижение концентрации микроорганизмов ниже 10^ КОЕ/мл в ране при повторном обследовании на 7-е сутки определялось только у 22% больных контрольной группы, в 76% случаев - у первой группы и в 65% - во второй.

Представленные данные позволяют сравнивать результаты лечения больных с применением дренирующих сорбентов на основе частично поливинилового спирта и альгината кальция с результатами традиционного лечения гнойных ран без применения сорбентов. Элиминация микроорганизмов из раны в наиболее короткие сроки происходила в первой группе больных, где применялась местно применяли ВПС.

Результаты лечения показали, что у 30 больных основной группы, при местном применении сорбентов в комплексном лечении, значительно быстрее ликвидировались общие и местные проявления заболевания, чем в контрольной группе больных.

В первые два дня после местного применения ВПС при фурункулах и карбункулах наблюдались значительное уменьшение отеков и болей, и ограничивалось распространение воспалительного процесса. Особенно отмечалось улучшение общего состояния и прекращение головных болей.

Выше указанные улучшения, после применения ВПС , можно объяснить их свойством сорбировать микробы и их токсины на своей поверхности, что обуславливает резкое ограничение их поступления в организм. В тоже время в контрольной группе больных улучшение выше указанных местных и общих симптомов заболевания наблюдалось позже, то есть спустя двое суток и более.

В группах больных, где применяли местно повязки с ВПС, прекращение гноеотделения и отторжения гнойного стержня с очищением раны от некротических тканей наступало на 2-3 сутки.

Длительность пребывания больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО в стационаре у основной группы составляло 4+0,4 дня, а в контрольной группе -6+0,3 дня.

Нами, при местном применении ВПС, какихлибо признаков местного раздражения кожи не наблюдалось.

Таким образом, применение ВПС в комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО является патогенетические обоснованным и позволяет значительно сократить сроки и лечения, повышение его эффективности и уменьшение риска развития осложнений в виде тромбофлебита и лицевых вен и др.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ

Эшбадалова З.Х., Халилова Б.Р., Мансурова П.Х., Пулатов Н.Х., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т.
АГМИ

Актуальность: Лечение пародонтальных заболеваний не может быть эффективным без надежного устранения патологических зубо-десневых карманов. Помимо оперативных способов устранения зубо-десневых карманов, для воздействия на десневую стенку и дно патологического кармана используется весьма широкий круг препаратов, включающий в себя как средства, обладающие прижигающим действием (пиоцид, растворы молочной, хромовой, трихлоруксусной кислоты, хлористого цинка и др.), так и средства, обладающие, главным образом, антибактериальным действием (антибиотики, сульфаниламиды). В последние годы получили распространение и другие средства, среди которых особое значение придается протеолитическим ферментам (К. Н. Веремеенко, Н. Ф. Данилевский, Н)68, Н. ф. Данилевский и А. Хоменко, 1972).

Некоторые авторы оспаривают целесообразность использования препаратов, обладающих прижигающим действием, противопоставляя их средствам, обладающим биологическим действием.

К сожалению, благоприятное влияние препаратов, обладающих так называемым биологическим действием на ткани, пародонта и протекающие в них процессы весьма кратковременны. Отсутствуют и данные, из которых было бы видно, что применение антибиотиков, сульфаниламидов, протеолитических ферментов и т. и. приводит к устранению патологических зубо-десневых карманов.

В связи с этим мы поставили перед собой **цель:** совершенствовать методику лечения и диагностику патологических зубо-десневых карманов.

Материалы и методы: мы располагаем опытом эффективного устранения патологических десневых карманов методом так называемой склерозирующей терапии. Лечение патологических зубо-десневых карманов проводилось у 136 больных в возрасте от 16 лет до 71 года (у 46 мужчин и 87 женщин). Из них у 20 была диагностирована активная стадия пародонтоза, у 96 — стадия стабилизации, а у 20 — хронический гипертрофический гингивит.

Для склеротизации тканей, образующих наружную стенку патологических десневых карманов, был применен 5%-ный раствор йода (в 62 случаях), 10%-ный раствор хлористого кальция в (20 случаях), 70%ный алкоголь (в 20 случаях) и 40°/- ный раствор глюкозы (в 34 случаях). Раствор йода вводился в патологические карманы с помощью ватных турунд. Тампонада патологических карманов проводилась ежедневно, в течение 5—7, иногда 10 дней.

Склерозирующее лечение хлористым кальцием, глюкозой и алкоголем осуществлялось путем введения их растворов в; соединительнотканную основу десны, образующей переднюю стенку патологического десневого кармана. Инфильтрация ткани десны проводилась под анестезией 0,5%-ным

раствором! новокаина. В ткань межзубных десневых сосочков вводилось до 0,4—0,5 мл соответствущего раствора склерозирующего' препарата. Повторные инъекции проводились с интервалом 4—6 дней.

Склерозирующая терапия сочеталась с патогенетическими мероприятиями, соответствующими форме пародонтального заболевания и общему состоянию организма больного. При необходимости склерозирующей терапии предшествовало проведение кюретажа.

Результаты и их обсуждения: Оценка результатов лечения проводилась на основании данных клинического, рентгенологического, цитоморфологического и цитохимического исследований.

Отпечатки, забираемые с помощью резиновых столбиков, окрашивались по Романовскому, метиловым зеленым. Контрольные препараты перед окраской обрабатывались диастазой слюны и рибонуклеазой. Мазки-отпечатки исследовались под микроскопом с иммерсионной системой.

Критериями цитологической оценки служили состав и структура клеточных элементов, активность фагоцитоза, степень дегенерации, а также содержание и распределение в клетках нуклеиновых кислот и гликогена

У 47 больных со стабилизированной и у10 с активной формой пародонтоза после 2 3-кратной тампонады патологических десневых карманов турундами с 5% - ним раствором йода наступило заметное улучшение нормализовался цвет слизистой оболочки десны и уменьшилась кровоточивость. После 6—7 повторений процедуры, а в некоторых случаях после 9—10-кратной тампонады слизистая оболочка десны приобретала бледно-розовую окраску, заметно уплотнялся десневой край, глубина патологических карманов уменьшалась до 1—2 мм, а при хроническом гипертрофическом гингивите размеры межзубных десневых сосочков нор-мализовались и приобретали обычные очертания.

У 10 больных с пародонтозом и у 5 с гипертрофическим гингивитом, которым склерозирующая терапия проводилась путем введения в ткань десны 10%-ного раствора хлористого кальция, улучшение наблюдалось после 2—3 инъекций, а после 5 инъекций слизистая оболочка десны приобретала обычную окраску, глубина патологических карманов уменьшаюсь до 2—3 мм; ткани, образующие наружную стенку патологических десневых карманов, уплотнялись.

При введении 70% алкоголя (в 12 случаях у больных с пародонтозом и в 2—с гипертрофическим гингивитом) улучшение было отмечено после 3—4 инъекций, а после 5—6 инъекций имело место побледнение и уплотнение ранее гиперемиованной и разрыхленной слизистой оболочки и уменьшение глубины зубодесневых карманов до 2—3 мм.

При применении раствора глюкозы после 5—6 инъекций было отмечено улучшение. После 8—10 инъекций глубина патологических десневых карманов не превышала 2—3 мм.4 больных, которым глюкоза вводилась в гипертрофированные межзубные десневые сосочки, после 6—7 инъекций наблюдалось уменьшение их отечности.

Цитотологическое исследование, проведенное до лечения, показало, что независимо от активности процесса пародонталного заболеволнния в мазках-отпечатках наблюдается следующая картина: полиморфноядерные нейтрофилы и клетки уплощенного слоя эпителия — в количестве 15—20—30 в поле зрения, клетки среднего и базального слоев эпителия — в количестве 10—15. При этом большинство клеточных элементов находилось в состоянии дегенерации различной степени.

Цитохимическое исследование, проведенное до лечения обнаружило ДНК в ядре и не обнаружило РНК. Гликоген накапливался главным образом в цитоплазме шиповидных клеток в виде крупнозернистых и гранулированных структур темно-вишневого цвета.

Непосредственно после окончания лечения независимо от формы пародонтального заболевания в мазках-отпечатках обнаруживались единичные клетки плоского и среднего слоев эпителия, единичные нейтрофилы, лимфоциты.

Во всех случаях с благоприятным исходом цитохимически в ядре клеточных элементов обнаруживалась ДНК; РНК равномерно распределялась в цитоплазме в виде слабо-розовой окраски и мелкой зернистости. Гликоген обнаруживался в виде мелкой зернистости цитоплазмы вишневого цвета.

У 18 больных проведение склерозирующей терапии лечебного эффекта не дало. Глубина патологического кармана не изменялась, цитоморфологическая карта не отличалась от предыдущей, которая имела место до лечения.

У 60 больных изучена эффективность лечения патологических десневых карманов в сроки от 6 мес. до 1 года. В 48 из 60 случаев отмечалась благоприятная клиническая и цитологическая картина — слизистая оболочка десны имела обычную окраску, глубина зубодесневых карманов не превышала 2—3 мм. В мазках-отпечатках обнаруживались единичные клетки уплощенного, а в некоторых случаях среднего слоев эпителия, единичные лимфоциты. Во всех элементах обнаруживалась ДНК, в большинстве эпителиальных клеток — РНК, которая равномерно распределялась в их цитоплазме. Гликоген определялся в цитоплазме в виде зернистости вишневого цвета.

При рентгенологическом исследовании резорбированные участки костной ткани альвеолярного края оказались уплотненными. Признаки остеопороза сохранились только в 5 случаях из 18.

В указанные сроки у 12 больных обнаруживались признаки воспаления десневого края и неглубокие патологические десневые карманы. Во всех этих случаях имели место рыхлые зубные отложения.

Выводы: проведенная работа дает основание для заключения, что склерозирующая терапия открывает реальные возможности неоперативного устранения патологических десневых карманов при заболеваниях краевого пародонта.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНСТРУКЦИИ ГАММА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Юсупов Н А., Юлдашев А К.
РНЦЭМП Наманганский филиал

Цель исследования – улучшить прочность фиксации переломов проксимального отдела бедренной кости при малой инвазивности хирургического вмешательства, в том числе в условиях остеопороза.

Материалы и методы. Показаниями для оперативного лечения явились переломы проксимального отдела бедренной кости типов 31-А1, 31-А2, 31-А3 (по классификации АО). в РНЦЭМП Наманганский Филиал в отделении травматологии за период с 2018 по 2019 г. нами прооперировано 73 пациента с использованием ГАММА. Средний возраст пациентов составил 77,6 лет, при этом максимальный возраст оперированной пациентки – 99 года, а минимальный – 37 лет. Женщины составили 77% (56 больных), мужчины – 23% (17 больных).

Результаты и обсуждения. Основной задачей остеосинтеза ГАММА создание высокой стабильности и надежности остеосинтеза с сохранением опорной и двигательной функции конечности и восстановлением мобильности пострадавшего в условиях выраженного остеопороза.

При оценке ближайших результатов хорошим считалось отсутствие укорочения и восстановление опороспособности конечности (52 пациента, 71%). Удовлетворительным считался результат, при котором пациент мог передвигаться со средствами опоры с частичной нагрузкой на оперированную конечность и посторонней помощью (21 пациент, 29%). Неудовлетворительных результатов мы не наблюдали.

Выводы. Малая травматичность установки, анатомичная форма гвоздя, ротационная и угловая стабильность, достигаемая спиральным лезвием, импакция губчатой кости, уплотняющая ее структуру при выраженном остеопорозе, позволяют рекомендовать конструкцию ГАММА в качестве имплантата выбора при переломах вертельной области у пациентов пожилого и старческого возраста и рекомендовать для широкого практического применения.

НОВЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Р.Р. Якубджанов, С.Б. Мадрахимов, Н.У. Исмоилов, М.Ю. Каримов
Ташкентская медицинская академия

Цель изучение результатов лечения переломов нижний конечности методом интрамедуллярного остеосинтеза на фоне метаболического синдрома.

Материал и методы За период 2016 по 2020 г.г изучены результаты лечения 426 больных. У всех больных выявлено перелом длинных костей нижней конечности на фоне метаболического синдрома. Женщин - 268, мужчин -158. Средний возраст составил 69,2±7,2 лет (от 32 до 92 лет). 267 (62,3%) больным проведено следующие оперативные вмешательство: закрытый БИОС диафиза бедра, открытый остеосинтез проксимального отдела бедра. Закрытый остеосинтез шейки бедра спицами. Закрытый БИОС диафиза голени, остеосинтез спицами шурупами, закрытый БИОС плеча, закрытый остеосинтез плеча спицами. В предоперационном периоде все больные осмотрены кардиологом, эндокринологом, анестезиологом. Оценка качества жизни пациентов определялась по методике SF-36 (Short-Form Health Status Survey).

Заключения На современном этапе блокирующий интрамедулярный остеосинтез нашел свое достойное место в арсенале травматологов и ортопедов. Методика является наиболее совершенная стандартизованная технология в лечении переломов длинных костей. Более того, малоинвазивный блокирующий интрамедулярный остеосинтез переломов длинных костей в значительной степени уменьшает влияния патофизиологических последствие метаболического синдрома. Резко сокращается время операции, послеоперационный койко/день в стационаре. Сокращается катаболическая фаза травматической болезни, минимизирован операционный доступ, тем самым уменьшая риск кровопотери. Реабилитация больных протекает более быстро, что представляет собой как положительную психологическую динамику, так и отсутствие возможности развития пролежней. Ранний контроль и скорейшая вертикализация минимизирует гиперкоагуляцию, возможного тромбообразования, тромбоэмболии легочной артерии, пневмония. Проблемы гипотонии кишечника полностью исключаются. Возможность диуреза в вертикальном состояния, предрасполагает профилактику патологий мочевого пузыря. Опорожнения кишечника так же производится в сидячем состоянии, при котором ампула прямой кишки находится в физиологичном – вертикальном

положении. Мышечная система не атрофируется. Самообслуживание больного быстро восстанавливается. Таким образом, блокирующий интрамедуллярный остеосинтез является методом выбора при переломах длинных костей на фоне метаболического синдрома.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Яхёев С.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

В последние десятилетия отмечается увеличение числа пострадавших с травмой торакоабдоминальной области, структура травматизма меняется за счет роста транспортных происшествий, падений с высоты, проникающих ранений. Система оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой в здравоохранении Республики Узбекистан приобретает первостепенное значение.

Цел исследования. Разработка мер по снижению летальности от травм, уменьшение ущерба от гибели трудоспособного населения.

Материалы и методы. В исследовании представлен материал по лечению 112 больных – с 2010 по 2020 гг. в условиях торакального и 1- хирургического отделения РНЦЕМП АФ. Из них 107 (95,5%) мужчин и 5 (4,5%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 70 года, средний возраст составил 30 + 2,3 лет. В структуре механизма нанесения травмы преобладали ножевые ранения – 98 (87,5%) больных; огнестрельные – 4 (3,6%); ранения фрагментами ребер при закрытой травме – 10 (8,9%). Из лабораторно-инструментальных исследований проводилось рентгегенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной и плевральной полости, полости перикарда, анализы крови, мочи при необходимости МСКТ. В сложных случаях больным проводилась лапароскопия и торакоскопия. Активность хирургического вмешательства и очередность выполнения доступов определялась тяжестью травмы. Тяжесть состояния определяли по системе APACHE II. У 78 (69,6%) из 112 пострадавших госпитализированных в стационар, тяжесть состояния по системе APACHE II находилась в пределах от 10-15 баллов (I ст. тяжести), у 23 (20,5%) – от 16 до 25 баллов (II ст.), у 7 (6,2%) – от 26 до 30 баллов (III ст.), у 4 (3,6%) – превышала 31 балл (IV ст. тяжести). В зависимости от преобладания той или иной симптоматики отчетливо выделялись три группы пациентов с различной тактикой хирургического лечения: • первая группа – это пострадавшие с преобладанием симптомов повреждения органов грудной клетки – 45 (40,1%); • вторая группа – больные с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости – 35 (31,2%); • третья группа – пациенты с одинаковыми по сложности, повреждениями органов грудной и брюшной полостей – 32 (28,6%).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от локализации травмы и объёма повреждений выполнялись следующие сочетания доступов: в первую очередь торакотомия, а затем лапаротомия – 37 (29,5%), торакотомия и френотомия – 33 (30,3%) соответственно, лапаротомия и одновременно дренирование плевральной полости – 14 (12,5%), первым этапом лапаротомия, вторым – торакотомия – 13 (11,6%), одновременно торакотомия и лапаротомия – 7 (6,25%), торакофренолапаротомия – 6 (5,3%), торакотомия поэтапно с 2-х сторон и одновременно лапаротомия – 2 (1,8%). Тяжесть состояния диктовали жесткие требования к выбору доступов, их очередности и объёму вмешательств. Результаты хирургического лечения больных с торакоабдоминальными повреждениями зависели от последовательности вмешательств с целью быстрейшего выполнения гемостаза. Этапность и очередность вмешательств базировалась на определении приоритета кровотечения по данным рентгенографии грудной клетки, УЗИ брюшной, плевральных полостей и полости перикарда. Торакотомия проводилась первично при явных признаках продолжающегося внутри плеврального кровотечения и отсутствии грубых симптомов повреждения органов брюшной полости. Показанием для неё был большой (более 1000 мл) и прогрессирующий (более 300 мл в час) гемоторакс, при положительной пробе Рувилуа – Грегуара. Применяли методику торакотомии и френотомии: органы грудной клетки стандартно ушивались из торакотомии, чаще низкой, в 6, 7 межреберье, органы брюшной полости – после диафрагмотомии. Отметили удобный подход к органам верхнего и среднего этажей органов брюшной полости через френотомию. При клинической картине повреждения органов брюшной полости первично выполнялась лапаротомия. Как правило, одновременно проводилось дренирование плевральной полости по Бюлау с контролем за выделением крови по дренажам и реинфузией выделяющейся дренажной крови, у 12 (10,7%) пострадавших при этом мы использовали стандартные растворы глюгицира 50,0 мл на 400 мл аутокрови. В среднем было перелито, в таких случаях, около 0,8 + 0,3 л. Торакотомия выполнялась вторым этапом при наличии продолжающегося кровотечения и массивного сброса воздуха – это переднее - боковая торакотомия в 6, 7 межреберье. Торакофренолапаротомия – выполнялась при массивных повреждениях, чаще огнестрельных ранениях, ранениях с повреждением труднодоступной поверхности печени, нижней полой вены. У всех больных была клиника геморрагического шока, на операции были выявлены множественные поражения органов грудной и брюшной полостей. В 72 (64,3%) нами проводилась реинфузия полостной аутокрови, при этом переливалось

1,5 + 0,5 л крови. Самую тяжелую группу составили пациенты с сочетанными, одинаковыми по сложности травмами органов брюшной полости и грудной клетки – 32 (28,6%). У 7 (6,3%) из 112 больных были выполнены одновременно лапаротомия и торакотомия двумя бригадами, у 10 (8,9%) больных произведены поэтапно торакотомия и лапаротомия, у 7 (6,3%) выполнена торакотомия и френотомия, у 2 (1,8%) торакотомия с двух сторон и лапаротомия одновременно 2 – мя бригадами, торакофренолапаротомия – у 6 (5,3%). По локализации преобладали левосторонние 68 (60,7%), в меньшей степени правосторонние – 41 (36,6%), двухсторонние – 2 (1,8%) и срединные – 1 (0,9%) ранения. Во время операции реинфузия аутокрови из полостей проведена у 72 (64,3%) больных. После дренирования плевральной полости – реинфузия, выделившейся крови через дренаж Бюлау у 12 (10,7%) больных. Гемотрансфузии проводились у 77 (68,7%). Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 16 (14,3%) больных: нагноение послеоперационной раны – 3 (2,7%), свернувшийся гемоторакс – 3 (2,7%), плеврит – 2 (1,8%), кровотечение – 2 (1,8%), эмпиема плевры – 1, абсцесс брюшной полости – 1, остеомиелит ребер – 1, свищ поджелудочной железы. – 1, флегмона грудной клетки – 1, перикардит – 1. После операций умерло 11 больных. Летальность составила 9,8%. Из них 9 (8,0%) больных умерли от шока, 1 (0,9%) - от перитонита из-за не состоятельности кишечного шва после резекции тонкой кишки, 1 (0,9%) – от полиорганной недостаточности.

Выводы. 1.Оперативное лечение при торакоабдоминальных ранениях следует начинать с зоны наибольших повреждений – торакотомии или лапаротомии.

2.Лапаротомия проводится с одновременным дренированием плевральной полости по Бюлау.

3. Применяемая нами методика торакофренотомии, как доступ к поврежденным органам и грудной и брюшной полости должна иметь место в хирургической практике.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТОРОКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ

Яхёев С.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Торако-абдоминальные ранения относятся к числу наиболее тяжёлых травм как военного, так и мирного времени, представляя собой одну из сложных проблем неотложной хирургии.

Цел и задачи. Улучшения диагностики и тактика лечения пострадавших с торакоабдоминальными ранениями.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлен анализ результатов обследования и лечения 112 пострадавших с торако-абдоминальными ранениями, находившихся на стационарном лечении в хирургической отделении РНЦЭМП АФ. По нашим наблюдениям в первые 6 часов было госпитализировано 94,2 % пострадавших. В нашем исследовании в структуре механизма нанесения травмы преобладали колото-резаные ранения – у 98 (87,5 %) больных. Их характерной особенностью были ровные края, небольшие размеры входящего отверстия (в пределах 0,7-2,3 см) и глубокие повреждения. В подавляющем большинстве торако-абдоминальные ранения были одиночными. Множественные ранения, от двух и более, встречались реже и составили 6,3 % от травмированных. Наиболее часто раны находились в области левой половины грудной клетки. Следует отметить, что сквозные раны при торако-абдоминальных ранениях мирного времени встречались редко. Так, в наших наблюдениях они были обнаружены у 3 (2,7 %) пострадавших. По нашим данным, наружное кровотечение из ран отмечено в 78 % случаев. Подкожная эмфизема чаще всего была ограниченной. В наших наблюдениях она была выявлена у 23,1 % пострадавших. Диагноз торако-абдоминального ранения устанавливали на основании жалоб пострадавших, анамнестических данных, данных объективного исследования с использованием дополнительных инструментальных методов.

Результаты исследований и их обсуждение. Диагностика торако-абдоминальных ранений сложна, а клиническая картина многообразна, поскольку в результате повреждения происходит одновременное вскрытие двух серозных полостей и возникает реальная вероятность повреждения одного или нескольких органов. Клиническая картина торако-абдоминальных ранений включала признаки повреждений внутренних органов, перемещения органов брюшной полости в плевральную полость и острой кровопотери. У таких пострадавших обычно одновременно отмечались характерные симптомы проникающего ранения груди и брюшной полости: кашель, кровохарканье, выделение воздуха из раны, боль в груди на стороне повреждения, усиливающаяся при движении, с резким ограничением дыхательной экскурсии грудной клетки, одышка и затруднение дыхания, цианоз, пневмоторакс, гемоторакс, гемоперикард, подкожная эмфизема. Перкуторно определяли укорочение звука при гемотораксе и тимпанит при пневмотораксе. Аускультативно – ослабление или исчезновение дыхания. Боль в животе, иррадиация болей в плечо или надплечье (симптом Кера), тошнота, рвота, напряжение брюшных мышц и выраженная болезненность при пальпации и перкуссии живота, когда брюшная стенка мягкая (симптом Куленкамфа), свободная жидкость в брюшной полости или свободный газ в животе — всё это составляло абдоминальный симптомокомплекс.

Отмечался симптом Розанова (признак «Ваньки-встаньки»). При ранениях печени и желчных протоков с последующим развитием желчного перитонита возникал симптом Финстерера, объяснявшийся всасыванием желчи с выраженной брадикардией на фоне признаков перитонита. В клинике мы наблюдали трех таких пострадавших. Повреждения полых органов проявлялись наличием симптомов Спижарного-Кларка (высокий тимпанит над печенью и исчезновение «печёночной тупости»: при перкуссии чаще всего наблюдается при ранении желудка или толстого кишечника), а также рентгенологического симптома Жобера (полоска или серп газа под диафрагмой). Эти признаки были отмечены у 8 (7,2 %) пострадавших. Внутрибрюшное кровотечение характеризовалось классическими симптомами кровопотери. Отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых, тахикардия, снижение артериального давления, тахипноэ. Пострадавший жалуется на головокружение, жажду, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, выраженную слабость. Учитывая большие трудности в распознавании торакоабдоминального характера травмы,особо выделяют так называемые достоверные признаки торако-абдоминальных ранений – выпадение через рану груди большого сальника или истечение из неё содержимого желудочно-кишечного тракта, рвоту кофейной гущей при локализации входной раны на грудной стенке. Мы наблюдали такую клиническую картину у 6 (5,4 %) пострадавших. К достоверным признакам ранения диафрагмы относится также перемещение органов брюшной полости в плевральную полость, что проявляется резко выраженным тимпанитом при перкуссии грудной клетки и выслушиванием кишечных шумов над легочными полями. Смещение органов может происходить непосредственно после ранения или через какое-то время. В наших наблюдениях это имело место у 5 (4,5 %) пострадавших с торако-абдоминальными ранениями. Определённое значение имеет и локализация раны: опасной в отношении потенциально возможного торако-абдоминального ранения считается зона, ограниченная шестым – седьмым ребром сверху, и десятым-одиннадцатым снизу Перечисленные признаки встречаютсяне часто, но если они есть, ранение следует отнести к торако-абдоминальному. Определение диагноза часто затрудняется из-за тяжёлого состояния пострадавшего с наличием большого количества разнообразных симптомов. В случае поступления пострадавших через небольшой промежуток времени после травмы, симптомы, указывающие на повреждение определённого органа, не успевают развиться, и на первый план выступают при знаки острой кровопотери и шока.

Выводы. Следует отметить, что признаки, указывающие на повреждение органов грудной и брюшной полости, проявляются не одновременно. Чаще всего, в первые часы после торако-абдоминального ранения возникают симптомы, характерные для повреждения органов плевральной полости. На диагностическом этапе они более ярко выражены, а абдоминальные симптомы появляются позже. При ранении нескольких органов возникает синдром взаимного отягощения, что ухудшает состояние пострадавшего и вызывает дополнительные трудности в диагностике для определения дальнейшей хирургической тактики. Учитывая вышеизложенное при осмотре пострадавшего всегда необходимо проводить тщательный анализ и мониторинг клинических проявлений с учетом механизма травмы и вида ранящего оружия.

IV- TIBBIY-BIOLOGIK FANLAR

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ МЕТОДОВ СОЕДИНЕНИЯ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Васильевский Э.А., Абдуллаева М.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский государственный университет

Гемостаз и соединение ран паренхиматозных органов в настоящее время является до конца не решенной проблемой хирургии органов брюшной полости .

Целью нашей работы является разработка нового клеевого метода соединения ран паренхиматозных органов.

Задачей работы была разработка и изучение свойств нового клея медицинского назначения для применения на операциях паренхиматозных органов.

Полученные результаты и их обсуждения. Нами была разработана цианакрилатная клеевая композиция с содержанием производных пара-ферроценилфенола, которые проявляют противовоспалительную, стимулирующую заживление ран, антианемические свойства. В этой части нашей работы проведены эксперименты по изучение гемостатических, склеивающих свойств новых клеев по сравнению известными клеями типа Циакрин СО-9, МК-2,Цианобонд, Естман 910, которые являются всеми признанными и проводились изучения морфологических изменений в области клеевого соединения ткани паренхиматозных органов.

В первой серии исследований на 30 собак – дворняжках мы сравнили гемо-статические и склеивающие свойства клеев Циакрин АндМос и Циакрин СО-9,МК-2 при линейных, сквозных ранах печени, почек.

При сравнительном изучении гемостатических и склеивающих свойств исследуемых клеев выявлено, что клеевая композиция Циакрин АндМос по быстроте наступления гемостаза и склеивания ран печени в 3,5 раза превосходит клеевую композицию Циакрин СО-9 ($P < 0,001$) и в 1,5 раза превосходит МК-2 ($P < 0,005$). При сравнении показателей объема операционной кровопотери также выявлено, что объем кровопотери в 1,5 раза меньше при применении клеев Циакрин АндМос ($P < 0,005$) несмотря на то, что этот клей был использован при более обширных ранениях паренхимы печени и почек.

Наши наблюдения показали, что послеоперационный период у всех животных протекает гладко. Развитие спаечного процесса в брюшной полости, который часто имеет место при применении известных цианакрилатных клеев МК-2, Циакрин СО- 9, МК-6, Естман 910, в наших опытах встречался только в двух случаях, в сроке через трое суток после операции и в этих случаях сращения были не массивными, в виде рыхлого сращения части большого сальника к склеенному участку печени.

Наблюдения за склеенными ранами печени и почек клеем Циакрин АндМос показали, что в сроке через 60 суток после операции макроскопические в толще послеоперационного рубца клеевый полимер Циакрин АндМос не выявлен. В последующие сроки происходит истончение послеоперационного рубца, который к концу 1 года наблюдения приобретает вид междолевой перегородки.

Микроскопическое исследование склеенного участка печени в течение 1 месяца показало, что процесс рассасывания клеевого полимера Циакрин СО-9 протекает более медленно, чем полимеры клея Циакрин АндМос, а другие процессы происходящие в области операции почти идентичны в обеих группах опыта. В этой связи в дальнейшем мы наблюдали за течением различных процессов в области склеенной раны печени и почек с применением Циакрин АндМос. Так, процесс рассасывания клеевого полимера Циакрин АндМос происходит постепенным измельчением фрагментов клея и завершается в течение двух месяцев.

Выводы:

1.Экспериментально доказаны премущества новой клеевой композиции.

2.Предложен новый клеевый способ соединения ран паренхиматозных органов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СТРУКТУРЫ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ С УЧЕТОМ ПРОВОДИМОЙ КОРРЕКЦИИ

Абдуллаева С.Х., Хидирова Г.О.
Кафедра анатомии, патологической анатомии
ТашПМИ

Актуальность. При гипопаратиреозе отсутствие или недостаточность ПТГ неизбежно сопровождается развитием гипокальциемии. К основным патогенетическим механизмам относятся: снижение активности остеокластов с уменьшением высвобождения кальция из костей; повышение экскреции кальция с мочой; подавление синтеза кальцитриола в почках и снижение абсорбции кальция из кишечника.

Цель. Изучить морфологические особенности остеоархитектоники трубчатых костей при экспериментальном гипопаратиреозе в зависимости от проводимой коррекции.

Материал и методы. Для эксперимента использовали лабораторные 24 крысят в месячном возрасте, с массой 122±2,13 г. Гипопаратиреоз вызвали хирургическим путем (электрокоагуляцией ОЩЖ). Анализировали предварительные результаты полученные в 14-, 30 –дней наблюдения. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином эозином и по Ван Гизону. В морфометрических исследованиях измеряли линейные размеры компактной кости, толщины трабекул и объем костного канала.

Результаты. По экспериментальным данным морфологического исследования отмечено, что в обеих сериях крыс на 14 день после на стенках костного канала отмечались участки грануляционной ткани с большим количеством кровеносных сосудов, скопления макрофагов и фибробластов. В группе животных леченных традиционным методом, в данный срок наблюдения костная ткань стенки канала бедренных костей была разрежена за счет увеличенных в диаметре гаверсовых каналов. Было отмечено расширение межтрабекулярных пространств вследствие пазушной и остеокластической резорбции, а в губчатой костной ткани отмечено истончение трабекул. В участках корковой пластинки у крыс обеих серий отмечалась слабая периостальная реакция в виде сети костных трабекул разной степени зрелости.

Отличия в значениях диафизарного канала в этот срок в обеих сериях были недостоверными. Толщина формирующейся капсулы, заполняющей пространство между стенкой костного канала и поверхностью компактной пластики, во второй серии была достоверно больше, чем в первой серии: разница составила 0,0068 мкм. Показатели средней объемной доли новообразованной костной ткани в метафизарной зоны у животных первой серии были достоверно выше на 0,104 кв.мкм.

Через 30 дней после комплексной терапии с применением Д-кальцина у животных обеих серий сохранялась слабо выраженная периостальная реакция с усилением минерализации хрящевого матрикса ростковой зоны, к перифериях компактной пластинки животных на отдельных участках прилежала формирующаяся капсула, состоящая из фиброцитов со стороны надкостницы.

Выводы:

1. У гипопаратиреоидных животных без коррекции минерального обмена явления остеопороза в процессе эксперимента нарастали: увеличилось число участков пазушной и остеокластической резорбции, истонченных костных трабекул, расширенных межтрабекулярных пространств, что сопровождалось постепенным достоверным снижением средней объемной доли костной ткани.
2. В состав комплексной терапии экспериментального гипопаратиреоза с включением препарата Д-кальцина, морфологических и морфометрических исследований показали, что значительно отмечается увеличение минерализации костного матрикса, утолщение костных балок, костная резорбция снизилась, клеточном составе наблюдалась сдвиг в сторону остеоцитов.

МОТИВАЦИЯ К РАЗВИТИЮ РЕЧИ НА УРОКАХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ПО МЕТОДУ “ЦВЕТУЩИЙ ЛОТОС”

Абдуллаева М.Н. -Набиева Д.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Метод “цветущий лотос” является одним из самых эффектных методов на закрепление нового материала. Материал по любой дисциплине представленный в виде сплошного потока информации притупляет внимание и остается практически не осознанным. Эта методика подразумевает вычленение главного в любой теме. Использование стратегии “цветущий лотос” развивает умение учащихся работать в группах, анализировать текст, выделять основные события, понятия определений и поиск их причин, взаимосвязи, обобщать и делать выводы.

Цель исследования: Изучение мотивации к развитию речи по методу “цветущий лотос”.

Материалы и методы: Исследования были проведены в ТашПМИ среди 3 курсников. Общее число студентов составило 68 человек в возрасте от 20 до 24 лет. В ходе исследования продемонстрировано, что целенаправленное применение метода является эффективным методом при формировании чувств: товарищество, коллективизм, активное отношение к действительности, патриотизм, глубокое уважение к однокурсникам, созерцание которого наводят на размышление, обобщение, стимулирует формирование расширенного мировоззрения.

Результаты исследования: Установлено оценка эффективности по методу “цветущий лотос” успеваемость среди студентов повысилась на 92,6%.

Цель урока: Развить навыки устной речи на тему «Клетка» по методу «Цветущий лотос».

Пример: На уроке английского языка 3 курса провели данный метод, который используется в конце урока. Преподаватель делит группу на 3 малые группы и просит студентов составить вопросы по теме «клетка» для групп соперниц. Тему можно разделить под темы: виды клеток, функции клеток и деление клеток. Вопросы написаны на разноцветных лепестках лотоса. Студенты отвечают на вопросы после этого выкладывают лепестки на доске. При не правильном ответе группа-автор вопроса отклоняет ответ и

лепесток не приклеивается, целостность цветка нарушается. Все группы-участники видят свои результаты в виде полных и не полных цветков лотоса на доске.

Выводы: Если не смотреть на всю тему и ее компоненты целиком, можно пропустить ключевые связи, степень и пути взаимодействия элементов. Поэтому значительным преимуществом метода цветущего лотоса является то, что он смещает фокус с реакции на статическое состояние проблемы в конкретный момент в сторону рассмотрения ее динамики в разрезе нескольких десятков разных взаимосвязанных элементов, что, несомненно, способствует активизации творчества личности.

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ

Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. При проведении учебного процесса с иностранными учащимися на кафедре анатомии учитывается ряд существенных особенностей. Необходимо отметить наличие двух категорий иностранных студентов – изучающие предмет на русском языке и группы, обучающиеся на языке-посреднике (английский язык). Иностранные студенты, изучающие предмет на русском языке, обучаются по планам практических занятий и лекций данного факультета. Для каждого факультета издаются методические пособия для подготовки к практическим занятиям и экзамену, которые ежегодно дополняются и переиздаются. В группах, изучающих предмет на русском языке, преподаватели стараются уделять дополнительное внимание иностранным студентам, использовать при объяснении темы и общении доступные слова и выражения.

Основная часть. Большое значение имеет разбор ситуационных задач на практических занятиях. Именно ситуационные задачи проблемного характера приближают студентов к пониманию вопросов, которые им предстоит решать на старших курсах и в процессе будущей профессиональной деятельности, формировать мотивацию для получения будущей профессии, а также способствовать формированию клинического мышления. Периодическая переработка учебных программ по анатомии в последние годы свидетельствует о повышении внимания к профилизации преподавания предмета. Не- сомненно, это позволяет совершенствовать педагогиче- ский процесс на педиатрическом факультете, а также углублять и расширять накопленный коллективом кафедры практический опыт, опираясь на критический анализ достигнутых результатов.

Для создания единого языкового режима, кафедра анатомии активно сотрудничает с кафедрой иностранного языка, где используются тексты, содержащие анатомическую тематику.

Чтение лекций и проведение экзамена для данной категории студентов проходит на английском языке. Во время обучения на кафедре анатомии, студенты изучающие предмет с помощью языка-посредника обеспечиваются учебно- методическими пособиями и учебниками на английском языке.

На кафедре анатомии имеется учебно- демонстрационный анатомический музей, препараты которого используются во время практических занятий и для самоподготовки студентов. Кафедра анатомии является посредником между морфологическими и клиническими дисциплинами, в связи с этим студентам прививаются не только теоретические знания, но и практические навыки.

Принцип подготовки к данному конкурсу состоит в самостоятельной подготовке студентов по наиболее сложным и менее изученным на занятиях вопросам, касающимся головного и спинного мозга. Каждая межфакультетская команда, согласно теме конкурса, готовит приветствие – визитную карточку, мультимедийную презентацию, а затем студенты отвечают на практические вопросы.

Визуализация материала на практических занятиях требует достаточного количества тематических, натуральных препаратов. При изложении лекционного курса необходимо проводить параллели с анатомией взрослого организма и рассматривать вопросы с учетом периодизации детского возраста. Для закрепления материала текущий, промежуточный и итоговый контроли должны содержать достаточное количество вопросов по возрастным особенностям детского организма.

Заключение. При проведении учебного процесса со всеми категориями иностранных студентов используется латинская терминология, поскольку латинский язык является международным медицинским языком общения. При объяснении темы преподаватели используют схемы и рисунки, облегчающие усвоение учебного материала.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ЛАТЕНТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдунабиева Х.М.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Комплексные исследования структурных особенностей щитовидной железы на различных этапах онтогенеза с применением современных объективных методов немногочисленны.

Полученные же результаты свидетельствуют о сложной динамике возрастных изменений структурных компонентов щитовидной железы, а также в связи с внешними факторами, прежде всего экологическими.

Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы также нередко представляет сложную задачу. Распространенность узловых поражений щитовидной железы у населения составляет от 3 до 7%. Широкое внедрение ультразвукового исследования в клиническую практику, а также результаты аутопсийных исследований показали, что распространенность узловых поражений щитовидной железы значительно выше и составляет по отдельным данным около 50%, особенно в возрасте старше 50 лет.

У женщин узлы в щитовидной железе выявляются в 2 - 4 раза чаще, при этом заболеваемость прямо пропорциональна возрасту. Только около 10% узлов сопровождаются клинической симптоматикой.

При изучении возрастной морфологии щитовидных желез у людей, проживающих в неэндемичных по зобу регионах, узлы обнаруживаются только у 4,2% обследованных лиц в возрасте 30-50 лет.

Особенно сложна дифференциальная диагностика опухолей фолликулярного строения в связи с ненадежностью гистологических критериев и пограничностью ряда морфологических признаков, в том числе и иммуногистохимических, изучение диагностической значимости которых нуждается в дальнейшем изучении

Цель исследования. На основе комплексного морфологического и морфометрического исследования определить структурные особенности щитовидной железы в зрелом, пожилом и старческом возрастах и морфологические особенности латентной патологии.

Методы исследования. Исследование выполнено на материале щитовидных желез от 286 аутопсий и 1144 операционных случаев за период с 2000 по 2006 годы.

В общем числе секционных наблюдений 108 (37,8%) составили женщины, 178 (62,2%) - мужчины Весь материал был распределен на группы соответственно возрасту, полу, типу питания, основному заболеванию (первоначальной причине смерти).

Результаты исследования. Органометрические показатели щитовидной железы (линейные размеры, масса и объем) характеризуются половым диморфизмом, проявляющимся в динамике возрастных изменений Средняя масса органа у мужчин увеличивается в возрастном интервале от первого периода зрелого возраста до старческого, достигая 20,3 гр Изменение массы и объема железы у женщин отличается волнообразностью с пиками во втором периоде зрелого и в старческом возрастах

Структурное разнообразие щитовидной железы у мужчин выше по информационным показателям массы и объема, у женщин большей вариабельностью обладает форма железы У женщин в пременопаузальном возрасте достоверно выше разнообразие массы и объема щитовидной железы в сравнении с постменопаузальным возрастом

Частота доброкачественных латентных узловых образований в щитовидной железе достоверно выше у женщин и значительно увеличивается к пожилому и старческому возрасту У мужчин она в среднем составляет 38,4% случаев, у женщин 61,8%, достигая в старческом возрасте 72,7% Имеется определенная связь основной соматической патологии и встречаемости латентных узловых образований в щитовидной железе, которые чаще обнаруживаются при злокачественных опухолях других локализаций

Среди аденом щитовидной железы большинство составляет макрофолликулярный вариант В морфогенезе аденом имеется стадия неинкапсулярованной опухоли в виде очага тканевой атипии с повышенной пролиферативной активностью, определяемой по экспрессии белка Кл67 Возникновение множественных неинкапсулярованных очагов со структурой аденом составляет морфологический субстрат аденоматоза щитовидной железы

Частота латентного рака щитовидной железы в материале желез, удаленных хирургическим путем по поводу клинически доброкачественных процессов составляет 5,8% с преобладанием папиллярного рака (60,6%), в 18,2% выявленного в форме микрокарцином, среди которых треть наблюдений составляет неинкалсулированный вариант

Патологические изменения щитовидной железы сочетаются в разных вариантах в 24,2% случаев Наибольшая частота сочетаний, достигающая 75%, выявлена при микрокарциномах щитовидной железы

Вывод. Результаты исследования существенно уточняют данные об особенностях макроскопического строения щитовидной железы, что имеет значение для оценки ее состояния в различные возрастные периоды.

Показанная высокая частота латентных патологических изменений, в том числе злокачественных опухолей, указывает на необходимость максимально полного исследования операционного материала щитовидных желез при наличии очаговых изменений.

В диагностике заболеваний щитовидной железы практическое значение имеет выявленное частое сочетание (или фоновое значение) различных доброкачественных изменений и рака щитовидной железы.

СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАРЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Абдунабиева Х.М.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В условиях неуклонного роста патологии щитовидной железы и относительного увеличения числа пожилых людей несомненный интерес представляет изучение ее возрастных изменений

Отечественными и зарубежными авторами, хотя и представлены сведения о строении и функции железы в пожилом и старческом периодах, однако эти сведения разрозненны, не создают целостного представления об изменении щитовидной железы в процессе старения. Отсутствуют сведения о структурных изменениях щитовидной железы у долгожителей.

До настоящего времени существуют противоречивые сведения по следующим вопросам: меняется ли форма, размеры, объем щитовидной железы в процессе старения; что является первичным в процессе старения преобразование микроцирку-ляторного русла щитовидной железы или же изменение ее структуры.

В связи с вышеизложенным, исследование структурных преобразований щитовидной железы в процессе старения является весьма важным и актуальным

Цель исследования. Установить закономерности структурных преобразований щитовидной железы человека на этапах старения.

Методы исследования. Для органометрии и гистологического исследований использовались щитовидные железы 273 людей обоего пола (157 мужчин и 116 женщин).

Результаты исследования. Система «щитовидная железа» имеет наименьшую упорядоченность у мужчин и женщин в пожилом возрасте и у долгожителей

Форма щитовидной железы генетически детерминирована, однако доли ее с возрастом подвержены изменению

У мужчин чаще встречаются железы, имеющие форму «бабочки», железы с пирамидальным отростком (долей), железы полулунной формы, а у женщин железы в виде буквы «Н», в форме «бабочки», с толстым и широким перешейком и без перешейка

Наиболее интенсивно изменение размеров щитовидной железы у мужчин происходит в возрасте от 61 до 74 лет, а у женщин от 56 до 74 лет Размеры правой доли превалируют над размерами левой доли, что подтверждает наличие асимметрии

По данным ультразвукового исследования наиболее распространенными формами долей щитовидной железы является правильный эллипсоид, эллипсоид уплощенный в сагиттальной плоскости, эллипсоид, вытянутый по продольной оси Железы, доли которых, имеют форму эллипсоида уплощенного во фронтальной плоскости и эллипсоида, укороченного по продольной оси распространенны в меньшей степени

В процессе старения происходит изменение структуры щитовидной железы, проявляющееся в снижении относительного объема фолликулярного эпителия, относительного объема коллоида, относительного объема сосудистого русла и повышении относительного объема интерфолликулярного эпителия, относительного объема стромы

По данным лазерной доплеровекой флоуметрии, в процессе старения уменьшается перфузия ткани щитовидной железы и повышается роль пассивных механизмов модуляции кровотока

Наиболее существенны изменения формы, объема, структуры щитовидной железы и ее микроциркуляции у мужчин происходит в возрасте от 61 до 74 лет, а у женщин от 56 до 74 лет, что позволяет сделать предположение о возможном критическом периоде в этих возрастных группах

Вывод. Полученные данные расширят представления о морфологии щитовидной железы и ее возрастных изменениях. Данные об особенностях строения щитовидной железы на каждом из этапов старения могут быть использованы при оценке состояния органа.

Выявлены периоды интенсивных изменений щитовидной железы у мужчин и женщин, что необходимо учитывать при выборе лечебно-профилактических мероприятий направленных на предотвращение развития патологических изменений в органе

FANLARARO TERMINLARNING SEMANTIK O`ZIGA XOSLIGI VA ULARNING LINGVISTIK ASOSLARI

Abduraxmanova Madina Ulugbekovna
O`zbek tili va adabiyoti kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Fanlararo terminlarning semantik o`ziga xosligi va ularning lingvistik asoslarini o`rganish vazifalariga mos holda fanlararo terminlarning o`ziga xosligini aniqlashga diqqatni qaratish maqsadga muvofiqdir. Eng avvalo shuni ta’kidlash joizki, tarmoqlararo terminlar muammosi ilmiy adabiyotlarda yangi emas, biroq hozirgi kungacha u qismlarga bo`lib o`rganilganicha qolmoqda. Avvalo, tarmoqlararo terminlarning paydo bo`lishida transterminlar transterminologizatsiya jarayonining natijasi bo`lib xizmat qilmoqda. Zamonaviy ilmiy adabiyotlarda bir ilmiy doiradagi terminlarni boshqasida qo`llanish imkonining borligi bilan bog`liq ko`rsatilgan jarayonlar deb ko`rsatish mumkin, talab qilingan tushunchalarni turli terminologik qo`llanishi va bu terminni har xil turda o`zgarishda kuzatilish imkoniyatiga sabab bo`ladi. Ko`rsatilgan jarayon asosini boshqa terminlardan semantik yo`l bilan terminlarni hosil qilish uchun dastlabki material sifatida termin bo`lmagan leksik birlik [1] sifatida qo`llash mumkin emas, shuningdek amalga oshirish jarayonida termin semantik o`zgarishlarga uchraydi. Berilgan jarayon natijasida tarmoqlararo terminlar ko`p ma’noli so`zlar, terminlar polisemiyasi asosida paydo bo`ladi.

O`z navbatida A. V. Superanskaya, N. V. Podolskaya, N. V. Vasilyevalar ko`rsatgan terminologik konversiya jarayonidan “tayyor terminni bir fandan boshqasiga to`liq yoki qisman o`tkazish uni qayta ko`rib chiqish va tarmoqlararo omonimlarga aylantirish”, deb tushunishadi[2]. Ko`rib turganimizdek, ko`rsatilgan ta’rif transterminologizatsiyani amalga oshirish jarayonida polisemiya, ko`p ma’nolilikning rivojlanishiga asoslangan yangi tarmoqlararo terminlar emas, balki tarmoqlararo omonimlar paydo bo`lishiga e’tibor qaratadi. Tadqiqotni amalga oshirish jarayonida muhim mohiyat shundaki, transterminologizatsiya jarayonining o`zi tarmoqlararo omonimlar va tarmoqlararo terminlar tushunchasini chegaralaganday tushunilishida.

«БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ»

Акбарова Г. Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Физические упражнения могут продлевать функцию зон роста длинных трубчатых костей (бедра), 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.

Цель исследования. Наш цель изучить физической нагрузки 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 (МЦ).

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, сведение 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 МЦ), в плавания - в 57,1 %. Изменяется и общее состояние на протяжении менструального цикла (МЦ).

Результаты исследования: 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 продолжаются, формируется, вторичные половые признаки и наиболее четким показателем наступления половой зрелости является, возраст наступления первой менструации - менархе. Специалистов считают задержку менархе как показатель задержки полового развития.

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.

ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОЗИҚЛАНИШДА ОҚ КАЛАМУШЛАР ҚУЛОҚ ОЛДИ БЕЗИ ГИСТОСТРУКТУРАЛАРИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Алиев Х.М., Акбарова М.Д., Шаробидинов Б.Т.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Норационал оқсилли овқатланишда қулоқ олди безини гистоструктуравий ўзгаришларни тадқиқ этиш мақсадида 30 кунгача давомийликда тажрибалар ўтказилди. Тажриба бошланиши олдидан ҳайвонлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ, назорат гуруҳидаги лаборатория ҳайвонлари бўлиб, оддий виварий рационида (қотган нон, овқат қолдиқлари, кўкатлар, дон маҳсулотлари, сабзавотлар ва сув) аралаш озиқлантирилди.Озуқа ва сув чекланмаган миқдорда, эркин холда озиқланиши шароитида берилди. Иккинчи гуруҳни эса, тажриба гуруҳи қилиб белгилади, бу гуруҳдаги лаборатория ҳайвонларига фақат қайнатилган тухум оқсили ва сув бериб боқилди.

Назорат гурухидаги оқ каламушларининг гистологик микропрепаратларида: қулоқ олди безининг бўлаклари яхши кўринади, турли хилдаги нотўғри шаклга эга, трабекулаларини хосил қилган бириктирувчи тўқима билан ажралиб туради, уларнинг таркибида қон томирлари кенг бўшлиққа эга бўлиб, чиқарув найларининг бўшлиғи юқори призматик эпителий билан қопланган.

Ўтказилган тажрибаларда Оқсилли озиқланишнинг 30 кунида, тажриба гуруҳидаги оқ каламушлар қулоқ олди безининг бўлакчаларини кенглиги ўртача 432,4±6,3 мкм, секретор ацинус диаметри 44,8±1,2 мкм, секретор ҳужайра баланлиги 19,1±0,8 мкм, секретор хужайра эни 10,7±0,8 мкм, чиқарув найи диаметри 28,1±0,9 мкм, чикарув найи ҳужайраси баландлиги 14,9±0,6 мкм ва чикарув найи ҳужайраси эни 8,7±0,6 мкмни ташкил этди. Ўтказилган морфометрия натижаларини назорат гуруҳидаги ва аввалги тадқиқитлар муддатлари кўрсаткичлар билан таққосланганда кам миқдорда бўлсада, кўрсаткичларининг ўзгарганлиги аниқланди. Қулоқ олди безининг бўлакчаларини кенгайиши, секретор ацинус диаметрини ортиши, секретор ҳужайралар ҳам катталашганлиги ва чиқарув найи диаметри ва чикарув найи ҳужайраси баландлиги ортиши қиёсий тахлилларда тажрибаларнинг 30-кунида ҳам кузатилди.

Олинган натижаларни тахлили асосида қулоқ олди бези оқсил юкламали бир хилдаги озиқланишга структур тузилмаларининг қисман ўзгариши билан компенсацияланишини ва безнинг ўзида гистологик препаратларни кўрсатишича сезиларли равишда ўзгармаганлиги кўринди.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Алибеков О.О., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
АГМИ

Актуальность: Миома матки актуальна онкологической настороженностью, особенно у женщин с быстро растущей формой, гиперпластическим процессом эндо-миометрия и патологией шейки матки.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения матки при миоме матки у женщин Ферганской долины за период 2010-2020гг.

Материалы и методы исследования: Объектом исследований послужило различные формы миомы маток у женщин Андижанской области Ферганской долины. Всего исследовано 200 биоптатов. Они разделены на 3 группы: 1-группа 15-24лет (9случаев), 2-группа 25-40лет (80случаев), 3группа 40 и более лет (111случаев). При морфологическом исследование изучался операционный биоптат – макропрепарат (удаленная матка и опухолевые узлы – миоматозные узлы). Гистологические исследования проводились с окрасками гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону. Анализ полученных данных, обрабатывали с помощью стандартных методов статистической обработки. Все биопсийные материалы были разделены на группы с простыми, клеточными и митотически активными миомами матки (по классификации ВОЗ, 2003).

Результаты исследования: В первой группе в основном наблюдались простые миомы матки, с преимущественными субсерозными локализациями (78%) и субсерозно-интрамуральными (22%), узлами диаметром до 2см. уницентрическим ростом, они сопровождались продлением менструации и бесплодием. Во второй группе преобладали простые и клеточные формы миомы матки. Локализации миомы были субсерозным (32%), интрамуральным (56), субмукозным (12%) узлами с мультицентрическим ростом. В третьей группе преобладали клеточные и митотически активные миомы, преимущественным субмукозное и интрамуральное (соответственно 38 и 49%) и 13% субсерозное расположение. В этой же группе чаще наблюдалось гиперплазия эндометрия (70%), аденомиоз(78%) и малигнизация (4%). В первой группе основном наблюдалось уницентрический рост опухолей, во 2-3й группе в основном мультицентрический рост, диаметр узла варировал от 0,4 да 20см. В больших опухолях чаще наблюдалось вторичные изменения

в виде отека, ослизнение, очагов некроза, гиалиноза, кровоизлияния и воспаления. Клинические проявление опухолей увеличилось на ½ случаев.

Выводы: В результате проведенного исследования установлено, что отмечается омоложение миомы среди женщин репродуктивного возраста; положительное влияние количество абортов на развитие миомы, при сочетании с аденомиозом в постменопаузе наблюдается увеличение количество их малигнизаций.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

О.О.Алибеков, Д.К.Чартаков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины»
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лапароскопия современный метод хирургии, в котором операции на внутренних органах проводят через небольшие (обычно 0,5-1,5 см) отверстия, в то время как при традиционной хирургии требуются большие разрезы. Малоинвазивная хирургия является менее травматичной, в связи, с чем широко используется метод лапароскопии для проведения различного рода операций на брюшной полости или тазовой полостей.

Первые «лапароскопические пробы» были проведены в начале 20 века французским хирургом Бернхаймом. До начала 21 века использовалась в основном диагностическая лапароскопия.

Цель работы. Мы провели этот обзор в попытке выяснить, является ли лапароскопия (операция с минимальным доступом) такой же безопасной и эффективной, как лапаротомия (открытая хирургическая операция) при хирургических заболеваниях.

Материалы и методы исследования. Для получения сведений мы наблюдали за состоянием больных после холецистэктомии на протяжении одного года. В ходе наблюдений выяснилось, что пациенты, которые были оперированы малоинвазивным методом быстро восстановились после операции.

Также важнейшим аспектом является полное заживление брюшной стенки без образования послеоперационных грыж, а также пластический эффект наличие малого, незаметного рубца.

Преимущества. Малая травматичность и короткие сроки пребывания пациента в стационаре (6-7 суток), быстрое восстановление после операции, отсутствие болезненных ощущений, отсутствие послеоперационных рубцов, которые наблюдаются, например, при лапаротомии и других полостных операциях с разрезом.

Восстановление пассажа кишечника также протекает быстрее, пациент после лапароскопической операции может самостоятельно питаться значительно раньше.

Лапароскопическая хирургия успешно заменила открытую хирургию, так как изображение гораздо больше, чем то, что видит хирург глазами (современная лапароскопическая аппаратура дает увеличение до 40 раз, то есть операция выполняется почти как под микроскопом), используемая оптика позволяет посмотреть на объект операции под разными углами (с разных сторон), что дает гораздо большую возможность обзора, чем при традиционных операциях.

Лапароскопическое удаление желчного пузыря имеет много положительных сторон в сравнении с лапаротомией (открытой полостной операцией). Минимальная кровопотеря (30-40 мл) за счет сохранения большого числа кровеносных сосудов брюшной полости.

Малоинвазивность. Доступ к внутренностям осуществляется через несколько небольших проколов в животе, а не посредством разреза брюшной стенки. Короткий восстановительный период: при отсутствии осложнений человека выписывают через 1-3 суток, а спустя всего 7 дней пациент имеет среднюю работоспособность.

Риск возникновения осложнений. Спайки практически не появляются после оперативного вмешательства, поскольку отсутствует прямой контакт рук хирурга и салфеток с внутренностями.

Недостатки. Хотя лапароскопическая хирургия имеет очевидные преимущества с точки зрения результатов лечения пациентов, механизм проведения таких операций гораздо сложнее с точки зрения хирурга, по сравнению с традиционными-открытыми.

Возможные осложнения. Наиболее значительны риски повреждений троакаром кровеносных сосудов или кишечника. Вероятность подобных травм выше у пациентов с недостаточной массой тела или с другими абдоминальными операциями в анамнезе.

Троакар изначально, как правило, вставляется вслепую. Хотя такие травмы случаются довольно редко, могут возникнуть значительные осложнения: сосудистые травмы могут привести к опасным для жизни кровоизлияниям, повреждения кишечника могут стать причиной перитонита.

Сложные лапароскопические операции: Лапароскопические операции выполняются и в крайне сложных ситуациях: экстренная хирургия, доброкачественные и злокачественные опухоли органов брюшной полости, крайняя степень ожирения.

Выполнение их требует лучшей оснащенности и подготовленности хирургов. При этом, такие вмешательства сохраняют все преимущества малотравматичного лапароскопического доступа для пациента.

Лапароскопический доступ также используется для операций дискэктомия, спондилодез.

Одной из наиболее сложных операций, выполняемых лапароскопически, является гастро панкреато дуоденальная резекция при злокачественной опухоли головки поджелудочной железы.

Лапароскопические операции в онкологии с применением медицинской визуализации.

Традиционная лапароскопическая хирургия без применения медицинской визуализации не в состоянии эффективно проводить операции, в которых нужно видеть внутреннюю структуру органов. Например, если раковая опухоль в почках, печени, или поджелудочной железе находится внутри органа, а не на поверхности, хирург не в состоянии видеть опухоль через отверстия в животе. Поэтому в последние годы распространение получила лапароскопическая хирургия с применением медицинской визуализации, проводимая в гибридных операционных. Качество изображений в медицинской визуализации, возможность получать изображения прямо в операционной и возможность точно направить хирургические инструменты во время операции способствуют распространению этого подхода. С помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии определяется расположение опухоли в почках, печени или поджелудочной железе.

Робот-хирург: Новым этапом развития лапароскопической хирургии явилось использование специализированных роботов, одним из наиболее известных среди которых является «daVinci». Этот робот снабжен микро инструментами, гораздо меньше стандартных лапароскопичесих инструментов, а также миниатюрной видео камерой, воспроизводящей цветное, трехмерное изображение операции в режиме реального времени. Движения хирурга переносятся роботом в плавные движения микроинструментов, способных двигаться во всех направлениях. С их помощью операция совершается намного точнее, сохраняя неповреждёнными самые тонкие сплетения нервов и кровеносных сосудов.

ДИЗИОНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О.О.Алибеков, Д.К. Чартаков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины».
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дизиония, как фактор риска малоизученного, но оказывает чрезвычайно важное влияние на всех этапах формирования экстра генитальных заболеваний.

Цель исследования - эпидемиологически изучить дизионию и ее связь с распространенностью основных доинсультных цереброваскулярных заболеваний среди женщин фертильного возраста Ферганской долины.

Материал и методы исследования: Изучено дизиония у 197 женщин с доинсультных цереброваскулярных заболеваний женщин фертильного возраста г.Андижан. Методом абсорбции спектрофотометрах типа ААЗ-3 и AAS-IN определяли основные макро- и микроэлементы (натрий, калий, кальций, магний, хлор и фосфор) в плазме крови.

Результаты и обсуждение. Дизиония выявлена у 197(21,8%) обследованных, причем кальциодизиония у 30% [содержание кальция ниже нормы у 28,5% и выше нормы у 1,5% (P<0,001)]; фосфородизиония - у 29,7%, магниодизиония у 18,8%, ферродизиония - у 18,8%, на триодизиония у 15,8%, калиодизиония у 16,7%. У обследованной популяции женщин в возрасте 15- 49 лет частота нарушения микро- и макроэлементного статуса варьировала от 16,1 до 30%, причем своеобразный “пик” микро- и макроэлементного дисбаланса приходился на младшие возрастные группы. Обнаружено, что распространенность всех дизионией, кроме хлородизионии, неуклонно нарастает с увеличением числа детей в семье, достигая максимума у женщин, которые имеют шесть и более детей (P < 0,001). Калиодизиония в се ДЛП отмечена у 20,1% женщин, в связи с А 30,1%, в связи с ИМТ- у 8,9% (P<0,05); ферродизиония - соответственно у - 19,1 и 3,5% (P<0,05); магниодизиония - у (P<0,01), 10,5 и 5,4% (P<0,05); хлородизиония 28,2% (P<0,01), 17,8% (P<0,05) и 12,5% (P<0,05 фосфородизиония - у 39,6% (P<0,01), 2 (P<0,05) и 23,2% (P<0,02)

Достоверные различия показателей частоты цереброваскулярных заболеваний среди женщин в связи с изменениями макро- и микроэлементного гомеостаза наблюдались начиная возрастной группы 30-39 лет. В возрастной группе выше 40 лет констатировано максимальное числа случаев цереброваскулярных заболеваний и дизионии кроме магниодизионии

Из представленных данных следует, что относительная вероятность наличия до инсультных цереброваскулярных заболеваний выше при артериальной гипертензии, достоверно ниже - при избыточной массе тела (P<0,01) и в 4,5 раза меньше чем при артериальной гипертензии и в 2 раза меньше, чем при избыточной массой тела, при дизионических состояниях и всех остальных факторах риска.

Выводы. Дизионию следует включить в структуру факторов риска как один из ведущих факторов риска развития цереброваскулярных заболеваний и при скрининговых исследованиях необходимо определять электролитный статус в сыворотке крови.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Алибеков О.О., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома матки актуальна онкологической настороженностью, особенно у женщин с быстро растущей формой, гиперпластическим процессом эндо-миометрия и патологией шейки матки.

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения матки при миоме матки у женщин Ферганской долины за период 2010-2020гг.

Материалы и методы исследования. Объектом исследований послужило различные формы миомы маток у женщин Андижанской области Ферганской долины. Всего исследовано 200 биоптатов. Они разделены на 3 группы: 1-группа 15-24лет (9случаев), 2-группа 25-40лет (80случаев), 3группа 40 и более лет (111случаев). При морфологическом исследовании изучался операционный биоптат – макропрепарат (удаленная матка и опухолевые узлы – миоматозные узлы). Гистологические исследования проводились с окрасками гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону. Анализ полученных данных, обрабатывали с помощью стандартных методов статистической обработки. Все биопсийные материалы были разделены на группы с простыми, клеточными и митотически активными миомами матки (по классификации ВОЗ, 2003).

Результаты исследования. В первой группе в основном наблюдались простые миомы матки, с преимущественными субсерозными локализациями (78%) и субсерозно-интрамуральными (22%), узлами диаметром до 2см. уницентрическим ростом, они сопровождались продлением менструации и бесплодием. Во второй группе преобладали простые и клеточные формы миомы матки. Локализации миомы были субсерозным (32%), интрамуральным (56), субмукозным (12%) узлами с мультицентрическим ростом. В третьей группе преобладали клеточные и митотически активные миомы, преимущественно субмукозное и интрамуральное (соответственно 38 и 49%) и 13% субсерозное расположение. В этой же группе чаще наблюдалось гиперплазия эндометрии (70%), аденомиоз(78%) и малигнизация (4%). В первой группе основном наблюдалось уницентрический рост опухолей, во 2-3й группе в основном мультицентрический рост, диаметр узла варировал от 0,4 да 20см. В больших опухолях чаще наблюдалось вторичные изменения в виде отека, ослизнение, очагов некроза, гиалиноза, кровоизлияния и воспаления. Клинические проявление опухолей увеличилось на ½ случаев.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что отмечается омоложение миомы среди женщин репродуктивного возраста; положительное влияние количество абортов на развитие миомы, при сочетании с аденомиозом в постменопаузе наблюдается увеличение количество их малигнизаций.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.О.Алибеков, Д.К. Чартаков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины».
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема повышения эффективности профилактики заболевании сердечно – сосудистой системы является актуальной для практической медицины и имеет социальную значимость.

Разработка новых сочетанных подходов профилактики, направленных на снижение заболеваемости, уменьшение числа и продолжительности временной утраты трудоспособности, является проблемой медицинской и в определенной доле социальной.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности скрининга и профилактики факторов риска заболевании сердечно – сосудистой системы.

Материалы и методы. В работе была использована стандартизованная методика эпидемиологического исследования, рекомендованная ВОЗ. Нами проведен профилактический скрининг - обследование 400 человек, работающих на автомобилестроительном предприятии города Андижана. Основной контингент составили рабочие, которые принимали участие в сборе, сварке и покраске автомобилей. Возраст обследованных колебался от 20 до 49 лет. Методика включала использование модели выявления факторов риска сердечно - сосудистых заболеваний, которая предусматривает изучение иерархии первичных и вторичных ФР в обследованной популяции.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного скрининг - исследования, включающего в себя определение гемодинамических и гематологических показателей, определение степени выраженности факторы риска позволили нам выделить 5 диспансерных групп в популяции автомобилестроителей: I-ая включала здоровые лица с выделением в ней подгруппы высокого риска развития сердечно - сосудистых

заболеваний; II-ая группа включала лица с возможным развитием сердечно - сосудистых заболеваний; III-V - представлены больные сердечно - сосудистых заболеваний.

В течение 3-х лет выделенным группам лиц проводили различные варианты лечебно-оздоровительных мероприятий. В процессе динамического наблюдения число лиц в I-ой группе ежегодно увеличивалось на 18%, во II-ой группе на 24%. Столь позитивный сдвиг был результатом повышения двигательной активности лиц данной популяции, снижения массы тела, уменьшения числа курящих, а также соблюдения рационального режима питания, труда и отдыха. Наибольшие, позитивные сдвиги обнаружены у лиц III-V группы. В данной подгруппе лиц снизилось число лиц терявших временную трудоспособность, в 2-3 раза и более уменьшалась численность группы III-V степени риска и соответственно от 51% до 70% увеличилось количество лиц в I-ой группе.

Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют что проведение профилактических мероприятий с диспансерным наблюдением промышленных рабочих представляется перспективным.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНТРА – ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ ВОРСИНОК ТОНКОЙ КИШКИ

Х.М.Алиев
Андижанский государственный медицинский институт

На очень обширную поверхность слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта воздействуют многие потенциально инвазивные микроорганизмы. Секреторные иммуноглобулины класса А (IgA,) образуют первую линию защиты слизистой оболочки.

Другим защитным механизмом служат межклеточные плотные соединения, которые создают барьер из эпителиальных клеток, препятствующий проникновению микроорганизмов. Помимо этого, имеется, вероятно, главный защитный барьер — желудочно-кишечный тракт содержит секретирующие антитела плазматические клетки, макрофаги и очень большое число лимфоцитов,располагающихся как в слизистой оболочке, так и подслизистой основе. Лимфоциты в слизистой оболочке ворсинок распологаются и между всасывающими энтероцитами и их называют интраэпителиальные лимфоциты. В совокупности эти клетки называются КАЛТ (кишечно-ассоциированной лимфоидной тканью, англ.***gut-associated lymphoid tissue*** — GALT).

Нами изучено морфологические и количественные изменения интраэпителиальных лимфоцитов на ворсинках тонкого кишечника белых крыс. Для посчета всасывающих энтероцитов,бокаловидных клеток и интраэпителиальных лимфоцитов использовали срезы,окращенные ШИК-реакцией и по методу Хейла. Подсчет энтероцитов, слизьобразующих клеток и интраэпителиальных лимфоцитов производили на ориентированных срезах, на одной стороне ворсинок и крипт.

Поверхность ворсинок тощей кишки выстлана одним слоем высоких призматических клеток с хорошо выраженной каемкой. Они тесно прилегают друг к другу и границы между ними не видны. Количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок тощей кишки 93,5±0,9; количество бокаловидных клеток 19,7±1,7; количество интраэпителиальных лимфоцитов ворсинки 7,8±0,7. Сравнительно количеству энтероцитов, количество интраэпителиальных лимфоцитов ворсинки почти 15 раз меньше, а бокаловидным клеткам в 3 раза меньше.

В подвздошной кишке количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок 60,1±1,3; количество бокаловидных клеток 33,4±2,5; количество интраэпителиальных лимфоцитов ворсинки 13,4±0,6. Сравнительно количеству энтероцитов, количество интраэпителиальных лимфоцитов ворсинки почти 5 раз меньше, а бокаловидным клеткам в 3 раза меньше.

Таким образом, морфометрические исследования показывают, что количество всасывающих энтероцитов уменьшается в проксимо- дистальном направлении, а количество бокаловидных клеток и интраэпителиальных лимфоцитов наоборот увеличивается. По видемому, это связана заселением микроорганизмами полости кишечника в проксимо-дистальном направлении.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ СДВИГИ ИНТРА -ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ ВОРСИНОК ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Х.М.Алиев
Андижанский государственный медицинский институт

Главным защитным барьером — желудочно-кишечного тракта являются секретирующие антитела плазматические клетки, макрофаги и очень большое число лимфоцитов, располагающихся как в слизистой оболочке, так и подслизистой основе. Лимфоциты в слизистой оболочке ворсинок располагаются и между

энтероцитами и их называют интра - эпителиальные лимфоциты. В совокупности эти клетки называются КАЛТ (кишечно-ассоциированной лимфоидной тканью, англ.***gut-associated lymphoid tissue*** — GALT).

Нами изучено морфологические и количественные изменения интра - эпителиальных лимфоцитов на ворсинках тонкого кишечника в условиях экспериментальной гипокинезии. Гипокинезия достигалась путем помещения крис в специальные клетки пеналы из органического стекла. Для посчета всасывающих энтероцитов, бокаловидных клеток и интра - эпителиальных лимфоцитов использовали срезы, окращенные ШИК-реакцией и по методу Хейла. Подсчет энтероцитов, слизьобразующих клеток и интра - эпителиальных лимфоцитов производили на ориентированных срезах, на одной стороне ворсинок и крипт.

Поверхность ворсинок тощей и подвздошной кишки контрольных крыс выстлана одним слоем высоких призматических клеток с хорошо выраженной каемкой. Они тесно прилегают друг к другу и границы между ними не видны. Количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок тощей и подвздошной кишки 93,5±0,9; , 60,1±1,3; , количество бокаловидных клеток 19,7±1,7; , 33,4±2,5; количество интра - эпителиальных лимфоцитов ворсинки 7,8±0,7;, 13,4±0,6 соответственно.

На 3 сутки гипокинезии количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок тощей и подвздошной кишки 91,7±1,3; , 62,4±1,7; , количество бокаловидных клеток 19,2±1,8; , 30,9±1,4; количество интра - эпителиальных лимфоцитов ворсинки 12,7±0,8;, 15,4±0,7 соответственно.

На 10 сутки гипокинезии количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок тощей и подвздошной кишки 94,2±1,4; , 61,7±1,3; , количество бокаловидных клеток 20,4±0,9; , 36,6±1,2; количество интра - эпителиальных лимфоцитов ворсинки 11,5±0,6;, 13,7±0,8 соответственно.

На 30 сутки гипокинезии количество энтероцитов на одной стороне продольного среза ворсинок тощей и подвздошной кишки 73,0±0,8; и 40,9±1,2; , количество бокаловидных клеток 11,4±0,5; и 18,9±0,7; количество интра - эпителиальных лимфоцитов ворсинки 18,5±0,8; и 21,9±0,9 соответственно.

Таким образом, морфометрические исследования показывают, что количество всасывающих энтероцитов уменьшается с каждым сроком эксперимента в проксимо- дистальном направлении и на 30 сутки гипокинезии дефицит составляет ¼ часть клеток , а количество бокаловидных клеток уменьшается почти в 2 раза по сравнению с контролем. Количество интра - эпителиальных лимфоцитов наоборот увеличивается в 2-3 раза по сравнению с контролем.

По видимому, это связана с дисбактериозом в полости кишечника в условиях гипокинезии.

С-ОБРАЗНАЯ КАНАЛЬНО-КОРНЕВАЯ СИСТЕМА ВТОРЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

Артикова С.У. - студентка 2-курса, 203 группы стоматологического факультета
Преподователь – Бокиев М.М. – Ассистент кафедры биохимии.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одной из основных причин некачественного эндодонтического лечения является неспособность обнаружить и должным образом обработать все корневые каналы зуба. Наибольшие сложности обычно возникают при эндодонтическом лечении моляров в связи с их удаленным расположением в зубной дуге и наличием нескольких корней, которые в свою очередь могут иметь различное количество каналов сложной конфигурации. Нижние моляры – это зубы, которые играют важную роль в жевании, обеспечивают высоту окклюзии, целостность зубной дуги, а также поддерживают положение языка и щек. Классические представления о строении канально-корневой системы зубов основываются на исследованиях удаленных зубов. С появлением КЛКТ появилась возможность дать трехмерную оценку топографии и морфологии корневой системы конкретного зуба непосредственно перед выполнением эндодонтического лечения. В эндодонтии применение КЛКТ неоценимо в случае нетипичной морфологии канально-корневой системы зуба.

Обычно второй нижний моляр имеет два раздельных корня – мезиальный и дистальный – и три корневых канала: два в мезиальном корне и один в дистальном .

В отличие от первого большого коренного зуба этот зуб характеризуется большей вариабельностью строения корневой системы [3-5], которая может проявляться разным количеством корней, в том числе С-образной формы. Часто С-образный канал встречается одновременно в нескольких зубах. Изучение корней и корневых каналов имеет значение только для эндодонтического лечения зубов, а также для антропологического анализа. У таких зубов дно пульпарной камеры располагается достаточно глубоко. Пульпарная анатомия вторых нижних моляров зачастую представляет собой сложную систему вариабельного количества анастомозирующих корневых каналов с многочисленными ответвлениями, которую врачу-стоматологу все эти факторы затрудняют обработку и обтурацию корневого канала. Сложная анатомия с-образных каналов не только осложняет процесс лечения, но может стать причиной развития потэндодонтических осложнений. С тех пор, как была выявлена С-образная анатомия канала, выдвигались различные причины ее формирования. Ранее зубы с С-образными корнями были отнесены к тауродонтным. Неспособность оболочки гертвиговского эпителиального влагалища к слиянию является наиболее вероятным объяснением образования конфигурации канала С-образной формы. Неспособность оболочки

гертвиговского эпителиального влагалища к слиянию на щечной стороне приведет к образованию язычной радикулярной борозды, а неслияние на язычной приведет к образованию щечной борозды. Следовательно, это слияние не является однородным, тонкая межрадикальная полоска соединяет два корня вместе. Поперечные сечения С-образного канала показывают тонкие лингвальные стенки, по сравнению с щечными (так называемая danger zone). Неслияние оболочки как на буккальной, так и на лингвальной сторонах приведет к образованию конического или призматического корня. На данный момент это нарушение объясняется генетической предрасположенностью. Цель: данного ретроспективного исследования являлось определение особенностей строения С-образных каналов в нижнечелюстных премолярах и вторых молярах по данным конусно-лучевой компьютерной томографии.

Материал и методы: Изучено строение корней и корневых каналов 236 вторых нижних моляров на 129 компьютерных томограммах, полученных на дентальном компьютерном томографе SIRONA GALILEOS на базе 11 ГКБ г. Минска и 79 вторых постоянных моляров нижней челюсти, удаленных по поводу острого и хронического поражения тканей периодонта у пациентов 10-й ГСП г. Минска и ГСП г. Борисова. Для систематизации полученных результатов использовалась классификация С-образных каналов по Melton et al (1991). При исследовании поперечных срезов измерялась минимальная толщина стенки и расстояние от этого сечения до плоскости верхушки корня. Все измерения проводились по три раза с выведением среднего значения. Каждый С-образный зуб был разделен по поперечным сечениям на три равные части: корональную, среднюю и апикальную. В каждой трети был определен тип по Fan. Для С-образных вторых моляров дополнительно определен тип радикулярной борозды по Shemesh. Все КЛКТ сделаны по причинам, не связанным с настоящим исследованием. Все исследования подходили под следующие критерии: - высококачественное КЛКТ-изображение; - КЛКТ нижних премоляров и вторых моляров с обеих сторон. Критериями исключения являлись: - пломбированные корневые каналы и полость зуба; - внутренняя и наружная резорбции; - наличие периапикальных поражений; - несформированный апекс; - искусственные коронки.

Данные, полученные в результате исследований, обрабатывали вариационно-статистическим методом с помощью персонального компьютера и программы Microsoft Excel к программной операционной системе MS Windows XP (Microsoft Corp., США) в соответствии с общепринятыми методами медицинской статистики, а также с использованием пакета прикладных программ Stat Soft Statistica v6.0. Статистический анализ проводился методом вариационной статистики с определением средней величины (M), ее средней ошибки (±m), оценки достоверности различия по группам с помощью критерия Стьюдента (t). Различие между сравниваемыми показателями считалось достоверным при $p< 0,05$, $t\geq 2$.

Результаты. В настоящем исследовании при изучении зубов на компьютерных томограммах С-образная канально-корневая система обнаружена у 5,1% вторых нижних моляров. Симметричное расположение таких зубов отмечено в пяти случаях. При анализе трехмерного изображения установлено, что полость С-образного корня зуба может быть представлена одним лентовидным каналом от устья до верхушки, а также тремя или более отдельными каналами ниже обычного С-образного устья. При изучении корневой системы удаленных вторых нижних моляров С-образный вариант строения выявлен у 6,3% зубов.

Выводы: Как известно, с-образные каналы – это корневые каналы со сложной анатомией. При лечении таких каналов существует риск недостаточной обработки, что впоследствии, как правило, приводит к развитию осложнений. Рентгенографическая идентификация данного типа каналов зачастую невозможна. В данном случае для обнаружения с-образного канала был использован стоматологический микроскоп. При обработке с-образных каналов лучше использовать ультразвуковое орошение, а обтурацию проводить методом волновой конденсации (данная методика позволяет размягченной гуттаперче и силеру заполнить все анастомозы и ответвления корневого канала).

1. Результаты выполненного исследования актуальны при проведении эндодонтического лечения вторых нижних моляров.
2. Конусно-лучевая томография позволяет детально изучить внутреннее строение полости зуба в процессе эндодонтического лечения.

KO'KRAK BEZLARI MASTOPATIYASIDA BEZ TO'QIMASINING BASOFILLARI

Asranov S.A.
patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasi
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mastopatiya - bu sut bezining disgormonal giperplastik jarayonidir. Sut bezlarida dinamik va sifatli o'zgarishlar ayollarda reproduktiv yoshga to'g'ri keladi Mastopatiyalar asosan 30 yoshdan 50 yoshgacha uchraydi va ayollarning 25 foizidan ko'prog'ida kuzatiladi. Tuzilishiga qarab mastopatiyaning turli xillari tafovut etiladi: kistoz, proliferativ, sklerozlovchi adenoz shular jumlasidandir.Sut bezlari kanallari epiteliysining yaxshi sifatli shikastlanishining turli xil shakillari mavjud. Ko'pincha sut bezining erta shikastlanishlari mamografiyada yoki tasodifan biopsiyada aniqlanadi. Mastopatiyaning qaysi turi bolimasin, ko'krak bezi saratonining rivojlanish xavfiga

qarab 3 guruhga bo'linadi: (1) proliferativ bo'lmagan kasalliklar; (2) atipiyasiz proliferativ kasalliklar; (3) atipiya bilan ko'payadigan kasalliklar.

Eksperimental ma'lumotlar va klinik ma'lumotlarga ko'ra, mastopatiya etiologiyasida yetakchi orinni markaziy nerv sistemasining tartibga solish faoliyatini buzilishiga tegishli. Shuningdek gipotalamus-gipofiz tizimi, tuxumdonlar, buyrak usti bezlari, qalqonsimon bez, jigar faoliyati ham sabab boladi.

Mastopatiyaning diffuz va tugunli shakllari ajralib turadi, sut bezlarining paypaslanadigan diffuz yoki chegaralangan ochoqli sohalari borligi bilan ajralib turadi. Mastopatiyada sitologik tadqiqotlar uchun material - bu fokal ko'krak qistirmalari biopsiyalari, ko'krak naychalari so` rg’ichidan ajralayotgan suyuqlik, ularni olib tashlashdan so'ng darhol olingan tugunlarning kesmalari.

Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, ko'krak bezi patologiyasining barcha holatlarida to'qima bazofil tizimining barcha parametrlari nazorat qilinuvchidan farq qiladi, shu bilan birga bu o'zgarishlar o'sma turiga qarab aniq aniqlanadi. Bu to'qima bazofillari mahalliy immunitet tizimining faol qismi va shu jarayonning gomeostazini saqlashga qaratilgan hujayradan tashqari signallar uchun javobgardir degan fikrni tasdiqlaydi.

MIOKARD INFARKTNING KLINIK VA MORFOLOGIK SHAKLLARI

Asranov S.A.
patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasi
ADTI

Miokard infarkti - bu yurak mushagining dumaloq nekrozi bo'lib, bu koronar qon aylanishining keskin mutloq yoki nisbiy etishmovchiligi.

Miokard infarkt bilan kasallanish butun dunyoda keng tarqalgan. Ko'pincha, 40-65 yoshdagi erkaklar kasal bo'lib, bu og'ir jismoniy mehnat, yomon odatlar (spirtli ichimliklar, chekish), psixo-emotsional stressning kuchayishi, birgalikda patologiyaning mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, bu yurak-qon tomir tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatmoqda. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikning yoshartirish tendentsiyasi mavjud.

Miokard infarkt patogenezi ishemik (prenekrotik), nekrotik va chandiqlanishdan iborat. Miokard infarktning rivojlanishida stenotik koronar arteriya spazmi, ayniqsa muhimdir, bu esa aterosklerotik toshmalar shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Shu bilan birga, to'qima tromboplastin qonga kirib, trombotsitlar agregatsiyasining ortib borishi shikastlangan qon tomir devorida tromb shakllanishiga yordam beradi. Shunday qilib, tromboz bilan ham, koronar arteriyaning uzoq muddatli spazmida ham miokardda o'tkir ishemiya tufayli morfologik o'zgarishlar yuz beradi. Keyinchalik, agar ushbu zonani qon bilan ta'minlash yetarli bo'lmasa, unda yurak mushaklaridagi distrofik o'zgarishlar nekroz bilan tugaydi. Kompensator va adaptiv reaksiyalar kompleksi yoqilganda, miyokard infarct joyini chandiqlanishi va yurak mushagining gipertrofiyasi rivojlanishi sodir bo'ladi.

Nekroz o`chog’ining joylashuvi asosan:

1. Chap qorincha miokard infarkti (old, lateral, pastki, orqa).
2. Izolyatsiya qilingan apex miokard infarkti.
3. Interventrikulyar septum (septal) miyokardining infarkti.
4. O'ng qorincha miokard infarkti.
5. Kombinatsiyalangan lokalizatsiya: orqa-pastki, old-lateral va boshqalar.

Miokard infarktining atipik shakllari 2-10% hollarda uchraydi. Ularni aniqlash qiyin, chunki ularning klinik belgilari haqiqiy kasallikni yashiradi:

1) astmatik shakl miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarning 5-10 foizida uchraydi. Kasallikning dastlabki soatlarida yurak astmasi va o'pkaning o'tkir shishishi rivojlanadi, bu yurakning kontraktil funksiyasining keskin pasayishi yoki qon bosimining keskin ko'tarilishi bilan bog'liq. Bu holatda eng yorqin simptom - bu bo'g'ilish, va 50% hollarda, ko'krak qafasi og'rig'i bilan birga bo'lmaydi, ayniqsa qariyalarda.

2) Abdominal (gastralgik) shakl miyokard infarktining 2-3 foizida chap qorincha orqa devorining yoki yurak cho'qqisining shikastlanishi bilan kuzatiladi. Bemorlarda qorinning yuqori qismida og'riqlar, qusish, ba'zida hiqichoq, tenesmus, bo'shashgan ahlat, sovuq ter paydo bo'ladi. Ko'pincha bemor o'z holatini ovqatdan zaharlanish bilan bog'laydi, ammo qorin simptomlari bilan EKG miyokard infarkti uchun odatiy holdir.

3) Miya shakli bemorlarning 3-5 foizida uchraydi va nevrologik alomatlar - miya qon aylanishining vaqtinchalik buzilishlari va ishemik qon tomirlari, gemiparezi, afazi, ongni yo'qotish va hk. ushbu simptomatologiya o'tkir miokard infarktida, yurak aritmiyalarida (qorincha fibrilatsiyasiga va yurak bloklanishiga qadar) yurak ishlab chiqarishining keskin pasayishi bilan bog'liq.

4) Miokard infarktining og'riqsiz shakli ba'zan keksa yoki jismonan juda zaif odamlarda, odatda spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilganlarda kuzatiladi. Bunday bemorlar nafaqat ko'krak qafasidagi bezovtalikni boshdan kechirishadi, ammo klinik kasallik ekstrasistollar, taxikardiya, kamroq bradikardiya, arterial gipotenziya bilan namoyon bo'ladi.

5) Shishgan shakl kamdan-kam hollarda kuzatiladi, asosan chap qorincha devorining va qorinchalararo septumning orqa yuzalarining miokard infarkti, ba'zan yurakning o'ng qorinchasining miokardi. O'ng qorincha etishmovchiligi, o'pka shishi va astsitning tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Eksperimental va klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 20-30 daqiqagacha yoki undan ko'p davom etadigan og'ir ishemiya faqat kardiyomiyotsitlarning qaytmas zararlanishiga (nekroziga) olib keladi. Kardiyomiyotsitlarga qaytarib bo'lmaydigan zarar yetkazadigan ultrastrukturaviy o'zgarishlar (birinchi navbatda sarkolemmaning tuzilish nuqsonlari) faqat uzoq muddatli, og'ir miokard ishemiyasidan so'ng kuzatiladi (bu qon ta'minoti normadan 10% gacha yoki undan pastroq bo'lganida sodir bo'ladi).

Kardiyomiyotsitlar nekrozining dastlabki bosqichi sarkolemma yaxlitligini buzishdir, bu hujayra ichidagi makromolekulalarni hujayralardan yurakning interstitsial to'qimalariga chiqishi va pirovardida infarktning mikrovaskulyar tomirlari va limfatik tomirlariga chiqarishga imkon beradi.

OSHQOZON SARATONINING MORFOLOGIK SHAKLLARI

Asranov S.A.
Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasi
ADTI

Oshqozon saratoni - bu oshqozon shilliq qavatining epiteliy hujayralaridan kelib chiqadigan xavfli o'sma. Bemorlarning eng ko'p soni 50 yoshdan oshgan yosh guruhiga tegishli. Erkaklar oshqozon saratoniga ayollarga qaraganda tez-tez duch kelishadi

Shish oshqozonning har qanday qismida paydo bo'lishi mumkin. Asta-sekin o'sib boradigan neoplazma qo'shni bo'limlarga va hatto butun oshqozonga tarqaladi. Ko'pincha, saraton oshqozonning antrum qismida - o'rtada uchdan bir qismi kamroq egrilik va yurak qismida kam uchraydi. Xatarli neoplazma ekzofitik o'sishi mumkin, oshqozon yoki endofitik lümenga chiqib, asosan organ devori bo'ylab tarqaladi. O'sish xususiyatlaridan qat'i nazar, o'smaning markaziy qismi ko'pincha yaraga aylanadi. Eng keng tarqalgan gistologik shakllarga turli darajadagi yetuklik darajasidagi adenokarsinoma kiradi (yuqori darajada farqlanadi, o'rtacha va yomon farqlanadi). Saratonning boshqa shakllari farqlanmagan shakllar bilan ifodalanadi. Bu shilimshiq, qattiq, skirr, kichik hujayrali karsinoma. Oshqozon saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligi kasallikning kech aniqlanganligi sababli hali ham past. Faqatgina saraton rivojlanishining dastlabki bosqichida amalga oshirilgan radikal operatsiya doimiy davolanishga olib kelishi mumkin. Oshqozon saratonini jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashning asosiy usuli bu saratonning preklinik yoki dastlabki shakllarini tashxislashdir. Saraton oldidagi asosiy jarayonlar oshqozon shilliq qavatining surunkali yallig'lanish kasalliklari, surunkali oshqozon yarasi va 12 o'n ikki barmoqli ichak yarasi, oshqozon poliplari hisoblanadi.

МИЯЧА ЧУВАЛЧАНГИ НИШАБ БЎЛАГИ ПЎСТЛОҒИ МОЛЕКУЛЯР ҚАВАТИДА ОЁҚ АМПУТАЦИЯСИДАН КЕЙИН МОРФОМЕТРИК КЎРСАТГИЧЛАРИНИ ДИНАМИКАДА ЎЗГАРИШИ

У.Б.Ахмедов., Р.И.Исроилов
Андижон давлат тиббиёт институти,
Тошкент тиббиёт академияси

Молекуляр қават қалинлиги назорат гуруҳида 185,2± 4,3 мкмни ташкил қилган бўлса, оёқ ампутациясидан сўнг, тажрибанинг 7- ва 21-кунида тўқимада шиш ва деструктив ўзгаришлар ривожланиши оқибатида кескин қалинлашганлиги, яъни 21-кунида 192,5±4,8 мкмга етганлиги аниқланди. Тажрибанинг кейинги даврларида тўқимадаги шиш ва деструктив ўзгаришлар сўнгандан кейин, бу қаватнинг қалинлиги ҳам орқага қайтиб, назорат гуруҳи кўрсаткичига яқинлашди ва 90-кунда бироз қалинлигича (190,5±6,4) қолганлиги аниқланди. Бу қатламдаги нейронлар сони назорат гуруҳида 84±6тани ташкил қилган бўлса, тажрибанинг илк даврларида ҳужайралари сийраклашиб, бу қатламдаги нейронлар сони тажрибанинг 21-кунига келиб 72±3 тага камайганлиги кузатилди.

Кун	Молекуляр қават қалинлиги, мкм	40х Ҳужайралар сони	Саватсимон ҳужайра ядроси диаметри, мкм	Юлдузсимон ҳужайра ядроси диаметри, мкм
Назорат	185,2± 4,3	84±6	7,2±1,4	9,5±2,6
7	190,4± 4,3	74±4	6,8±1,5	9,2±2,4
21	192,5±4,8	72±3	6,3±2,1	8,3±1,7
30	181,8±5,6	75±3	6,7±2,4	8,6±2,5
60	184,8±5,9	77±4	7,1±2,5	9,6±1,6
90	190,5±6,4	82±3	7,8±2,8	10,2±1,7

Тажрибанинг охирги даврларида нерв тўқимасида шиш ва деструктив ўзгаришлар сўниши оқибатида нейронлар жойланиши яна зичлашиб, сони 82±3тага етади. Бу қатламга хос нейронлардан саватсимон ҳужайралар диаметри юлдузсимон нейронлар диаметрига нисбатан кичикроқ, яъни назорат гуруҳида ўртача 7,2±1,4мкмга тенг бўлди. Тажрибанинг бошланғич даврларида оралиқ тўқимадаги шиш ҳисобига бужмайиб, ўлчамлари кичиклашади ва 21-кунда 6,3±2,1 мкмга тенглиги кузатилди. Тажрибанинг охирги кунларига келиб, яъни 90-кунида бу нейрон ядроси диаметри 7,8±2,8 мкмгача катталашганлиги аниқланди. Ҳудди шу ўзгаришларга монанд ҳолда бу қаватнинг юлдузсимон нейронлари диаметри ҳам тажрибанинг бошланғич даврларида кичиклашиб, 90-кунга келиб назорат гуруҳи кўрсаткичидан (9,5±2,6) анча йириклашганлиги ва ўртача 10,2±1,7 мкмга етганлиги аниқланди.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ СТУДЕНТАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Ахмедов Ш.С., Абдунабиева Х.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Организация педагогического процесса на кафедрах медицинских вузов включает в себя постоянное совершенствование программы и профилизацию преподавания с учетом специфики факультета. Студенты медицинских вузов осваивают нормальную и топографическую анатомию с элементами сравнительной и возрастной анатомии. Возрастная анатомия изучает строение человека в возрастном аспекте, на протяжении его индивидуального развития. Для студентов педиатрического факультета важное значение имеет анатомия детского возраста, которая стала складываться в конце XIX столетия.

Основная часть. В арсенале кафедры анатомии Андижанского государственного медицинского института имеется многолетний опыт работы по преподаванию дисциплины для педиатров, накопленный с учетом меняющихся запросов к обучению в высшей медицинской школе и обновляющихся учебных программ и планов. При изложении возрастных особенностей особый акцент делается на вопросы, имеющие наибольшее клиническое значение, что позволяет предупредить диагностические ошибки и замотивировать студентов к углубленному изучению курса анатомии детского возраста.

Учебный процесс на кафедре анатомии складывается из теоретической подготовки студентов (лекции и практические занятия), включающей освоение практических навыков и самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы студентов.

На кафедре используют несколько форм активации самостоятельной внеаудиторной подготовки студентов. Со студентами I курса проводится межфакультетский брейнринг по разделу «Центральная нервная система». Принцип подготовки к данному конкурсу состоит в самостоятельной подготовке студентов по наиболее сложным и менее изученным на занятиях вопросам, касающимся головного и спинного мозга. Каждая межфакультетская команда, согласно теме конкурса, готовит приветствие – визитную карточку, мультимедийную презентацию, а затем студенты отвечают на практические вопросы. Другой формой является проведение внутривузовской олимпиады. Студенты II курса, освоив все разделы дисциплины готовятся к олимпиаде, используя образовательный интернет- портал, где содержится обучающий и контролирующий методический материал. На олимпиаде студенты проходят компьютерное тестирование, демонстрируют знание анатомических препаратов и дают комплексные ответы на вопросы по отдельным органам и системам. Еще одной из форм внеаудиторной работы является занятия студентов в анатомическом художественном кружке, где получают не только эстетическое воспитание, но и учатся художественному восприятию окружающих предметов, детальному изучению, правильному и четкому изображению атомических препаратов.

Студенты готовят оригинальные анатомические поделки и рисунки, что стимулирует их познавательную деятельность, улучшая качество профессиональной подготовки. Победители на внутривузовских конкурсах представляют наш Университет на олимпиадах межрегионального и международного уровня, занимая призовые места. Проведение подобных интеллектуальных состязаний формируют у студентов не только интерес к дисциплине в рамках учебной программы, но и мотивируют к более углубленному ее изучению для последующего использования анатомических знаний при изучении дисциплин на старших курсах.

Визуализация материала на практических занятиях требует достаточного количества тематических, натуральных препаратов. При изложении лекционного курса необходимо проводить параллели с анатомией взрослого организма и рассматривать вопросы с учетом периодизации детского возраста. Для закрепления материала текущий, промежуточный и итоговый контроли должны содержать достаточное количество вопросов по возрастным особенностям детского организма.

Заключение. Большое значение имеет разбор ситуационных задач на практических занятиях. Именно ситуационные задачи проблемного характера приближают студентов к пониманию вопросов, которые им предстоит решать на старших курсах и в процессе будущей профессиональной деятельности, формировать мотивацию для получения будущей профессии, а также способствовать формированию

клинического мышления. Периодическая переработка учебных программ по анатомии в последние годы свидетельствует о повышении внимания к профилизации преподавания предмета. Не- сомненно, это позволяет совершенствовать педагогиче- ский процесс на педиатрическом факультете, а также углублять и расширять накопленный коллективом кафедры практический опыт, опираясь на критический анализ достигнутых результатов.

ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА

Ахмедов Ш.С.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема образования и роста сосудов является одной из самых важных в биологии и патологии человека.

В пренатальном периоде онтогенеза выявляются как количественные, так и качественные изменения структурных элементов слоев стснки пищевода.

Исследования в области структурного становления пищевода как органа актуальны и в настоящее время. Это обусловлено частотой гастроэзофагального рефлюкса у новорождённых и детей младшего возраста, ростом числа больных раком пищевода, а также требованием более чёткого понимания васкуляризации пищевода в связи с реконтруктивными операциями.

Кровоснабжение пищевода изучается у пациентов в условиях аппаратного исследования кровотока в слизистой оболочке. Подчеркивается важность знания ангиогенеза в пищеводе в связи с опухолевым ростом и метастазированием.

Цель исследования. Изучить становление гемомикроцир-куляторного русла слоев стенки и сосудисто-тканевых взаимоотношений в пищеводе плодов человека разных сроков гестации.

Методы исследования. Объектом служили эмбрионы и плоды человека в сроки 5-38 недель развития. Всего изучено 54 объекта. Материал для исследования получен с соблюдением международных и российских норм биоэтики.

Результаты исследования. Сочетание классических анатомических и гистологических методик (инъекция кровеносного русла и гистологическая докраска) позволяет изучить компоненты гемомикроциркуляторного русла пищевода плодов человека при сохранении целостности сосудисто-тканевых взаимоотношений.

Становление гемомикроциркуляторного русла оболочек пищевода человека протекает в несколько этапов: 1) появление венозных и артериальных протокапилляров на 6-й неделе развития эмбриона; 2) специализация артерий и вен (от 6 до 11-12-недельного возраста); 3) формирование кровеносных сетей и сплетений пищевода (с 11-12-недельного срока до рождения плода).

Внутриорганные артерии пищевода плодов равномерно распределяются на всем его протяжении, независимо от числа подходящих внеорганных артерий.

Формирование собственной капиллярной сети слизистой оболочки пищевода человека продолжается до конца внутриутробного развития.

В слизистой оболочке пищевода плодов человека формируется основной объём венозного отдела внутриорганного кровеносного русла. Подслизистое венозное сплетение выявляется с 17-18 недель гестации. К 2628 неделям формируются две венозные сети, расположенные у основания слизистой оболочки и снаружи от мышечной пластинки слизистого слоя. Диаметр вен наружной венозной сети достоверно больше вен внутренней сети.

Созревание мышечной оболочки пищевода плодов человека непосредственно связано с прорастанием кровеносных сосудов. В кровеносном сплетении мышечной оболочки основная масса артерий и вен располагается параллельно группам мышечных волокон.

В поздний фетальный период (28-38 недель) в пищеводе плодов человека в пределах подслизистой основы, мышечной и адвентициальной оболочек структурно и топографически оформляются кровеносные сплетения, среди которых превалируют вены и сосуды синусоидного типа.

В течение пренатального ангиогенеза в пищеводе появляется морфологическая основа регуляции внутриорганного кровотока формирование мышечной оболочки артерий; появление после 30 недель клапанов вен; широкое анастомозирование венозных компонентов между сетями и сплетениями; контакт венозных компонентов с мышечными волокнами мышечной пластинки слизистой оболочки.

Вывод. Данное исследование расширяет и углубляет сложившиеся классические представления о динамике перестройки микрососудистого русла формирующегося пищевода млекопитающих.

Выявленная этапноеть сосудисто-тканевых взаимоотношений в пищеводе плодов человека, может стать для педиатров-неонатологов основой анализа процесса роста органа, т.к. совершенствование методов

лечения эзофагальных нарушений в первую очередь строится на основе предотвращения расстройств микроциркуляции в органе.

Данные по изучению динамики становления гемомикроциркуляторного русла пищевода в процессе роста органа важны для моделирования перинатальной патологии человека.

Исследование имеет и практическое значение, реализуемое через внедрение результатов в образовательный процесс, подготовку высококвалифицированных специалистов, научно-лабораторную сферу и медицинскую практику.

Результаты послужат фундаментальной основой для диагностики, планирования и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий при эзофагальной патологии.

ВОЗРАСТНАЯ ИММУНОАРХИТЕКТОНИКА СЕЛЕЗЕНКИ

Ахмедов Ш.С.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на относительно раннее достижение функциональной зрелости иммунной системой по сравнению с другими системами организма, она достаточно долго остается чрезвычайно чувствительной к действию инфекций и довольно быстро начинает претерпевать возрастную инволюцию, которая отрицательно сказывается на качестве иммунного ответа

Среди иммунных органов тимус первым претерпевает возрастную инволюцию, которая достаточно подробно описана в литературе как у человека, так и у экспериментальных животных.

Возрастная инволюция тимуса резко меняет условия функционирования периферических лимфоидных органов селезенки и лимфатических узлов, которые для обеспечения эффективного иммунного ответа вынуждены приспосабливаться к ослаблению функциональной роли випочковой железы Это обстоятельство приводит к развитию сложных перестроек морфологии периферических иммунных органов, не нашедших достаточного отражения в литературе.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение закономерностей возрастной динамики морфо-функциональных особенностей селезенки экспериментальных животных в различные возрастные периоды постнатального онтогенеза.

Методы исследования. Объектом служили эмбрионы и плоды человека в сроки 5-38 недель развития. Всего изучено 54 объекта. Материал для исследования получен с соблюдением международных и российских норм биоэтики.

Результаты исследования. Качественные иммуномодуляционные изменения в селезенке белых крыс, по данным иммуногистохимического исследования, появлением вторичных лимфоидных узелков на 20-ый дней после рождения, соответствующий концу периода перехода на самостоятельное питание

Количественные иммуномодуляционные изменения, характерные для преювенильного, ювенильного и молодого возраста у крыс, проявляются увеличением объема и клеточности белой пульпы последовательно в ее Т-зонах (популяции лимфоидных клеток фенотипа СП90+, С045ЯС+, СОЗ+, СЭ8+, и стромальных клеток фенотипа ОХ-62+ и СЭ68+), маргинальной зоне (популяции лимфоидных клеток фенотипа С020+, СОЗ+, С0451^С и СЭ8+) и В-зонах (популяции лимфоидных клеток фенотипа СЭ20+ и стромальных клеток фенотипа белок 8100+)

В среднем возрасте у крыс иммуномодуляционные сдвиги в селезенке носят инволютивный характер, затрагивают последовательно ПАЛВ, лимфоидные фолликулы и маргинальную зону и проявляются гипоплазией и гипоцеллюлярностью белой пульпы

Редукция Т-клеточных компартментов в среднем возрасте характеризуется уменьшением удельной площади как лимфоидных, так и стромальных клеток, при этом отмечено более раннее (начиная с 6-месячного возраста) снижение удельной площади стромальных клеток (фенотипа ОХ-62+) и более позднее (начиная с 9-месячною возраста) - лимфоидных клеток (фенотипа CD90+, CD45RC+, CD8+)

Уровень спонтанной пролиферации лимфоидных клеток, по данным иммуногистохимического окрашивания на PCNA, как в Т-, так и в В-зонах селезенки, возрастающий от рождения до преювенильного периода, с момента достижения половой зрелости является относительно стабильным показателем, оказываясь менее чувствительным к иммуномодулирующему действию возраста в стареющем организме экспериментальных животных

Основным механизмом гипоцеллюлярности ПАЛВ в среднем возрасте является уменьшение траффика С090+иммунореактивных лимфоцитов клеток в селезенку, сопровождающееся параллельным снижением CD45RC+ (наивных Т-лимфоцитов), а также снижением удельной площади СЭ8+клеток, при этом изменению удельной площади лимфоидных клеток предшествует сокращение доли стромальных клеток (фенотипа ОХ-62+).

Ведущим механизмом гипоплазии лимфоидных фолликулов в среднем возрасте является усиление апоптоза лимфоидных клеток, при этом сокращению удельной площади лимфоидных клеток (фенотипа

CD20+, CD45RC+) у стареющих крыс предшествует начинающееся в молодом возрасте уменьшение содержания стромальных клеток (фенотипа белок S100+).

Вывод. Теоретическое значение работы заключается в выяснении механизмов иммуномодуляционных изменений в периферическом звене иммунной системы в различные возрастные периода постнатального онтогенеза.

Практическая значимость работы в выделении возрастных периодов наиболее существенных качественных и количественных перестроек в периферической иммунной системе, которые определяют иммунный статус организма и его чувствительность к действию патологических иммуномодулирующих факторов.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ахмедов Ш.Х., Шоназаров И.Ш., Камолидинов С.А., Келеш Э.И.
Кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета последипломного образования
Самаркандский государственный медицинский институт

Одним из важнейших симптомов острого панкреатита является синдром внутрибрюшной гипертензии – симптомокомплекс, развивающийся вследствие повышения внутрибрюшного давления. Вследствие нарушения перистальтической активности кишечника и всасывающей способности кишечной стенки создаются условия для тяжелой нутритивной недостаточности данной группы больных и связанных с ней осложнений. Энтеральное питание является эффективным методом интенсивной терапии, создающим условия для своевременного начала, оптимизации и сбалансированности его состава.

Цель исследования: Изучить эффективность раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите.

Материалы и методы исследования: Обследовано 115 больных тяжелым острым панкреатитом и панкреонекрозом. Исследования проводились в отделении интенсивной терапии РНЦМП Самаркандского филиала и Самаркандской городской медицинской ассоциации на 2016-2020 годы.

В исследование были включены пациенты по следующими критериями: ранняя госпитализация в стационар (до 2 суток после проявления клинически значимого проявления тяжелого острого панкреатита); лабораторные и ультразвуковые подтверждения остроты процесса; пациенты старше 18 лет. Пациенты с фульминантным панкреонекрозом были исключены из исследования.

Пациенты были разделены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 55 больных. Пациентам этой группы наряду со стандартной терапией проводилась длительная торакальная эпидуральная блокада 0,2% раствором наропина со скоростью 6-8мл в час. А контрольную группу составили 60 пациентов со стандартной интенсивной терапией.

Результаты исследования и их обсуждение: Установлено, что при поступлении уровень внутрибрюшного давления был высоким и составлял 18-20 мм рт. ст. у больных обеих групп. Через 72 часа терапии в группе с длительной эпидуральной блокадой индекс внутрибрюшного давления составил в среднем 9,8±1,2 мм рт.ст. с учетом этого было начато энтеральное питание. В то время как в контрольной группе индекс внутрибрюшного давления в эти сроки оставался более 15 мм рт. ст., а его нормализация начиналась с 5-7-го дня, несмотря на прокинетическую терапию. Так, в результате было установлено, что более 75% больных тяжелым острым панкреатитом сумели начать энтеральное питание в первые 3 дня, а в контрольной группе более трех четвертей больных смогли получить полноценное сбалансированное энтеральное питание только через 5-7 дней от поступления в стационар.

При изучении осложнений, спровоцированных нарушением нутритивного статуса больных, было установлено, что больные, получавшие энтеральное питание в разное время, имели достоверные различия по таким показателям, как дефицит массы тела и атрофия мышечной ткани (в 3 раза больше больных контрольной группы). У больных контрольной группы чаще встречались и язвенные поражения различных отделов желудочно-кишечного тракта (11 и 20 больных соответственно), во многих случаях определяемые низким уровнем общего белка и альбумина в плазме крови. Это вызвало бы значительную органную недостаточность, что привело бы к увеличению концентрации полостной жидкости, отеку и прогрессированию синдрома панкреонекроза.

В конечном итоге это повлияло на летальность, которая была почти в три раза ниже у больных острым панкреатитом с синдромом внутрибрюшной гипертензии, которые могли начать в комплексе интенсивной терапии раннее энтеральное питание.

Выводы: Таким образом, проблема внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите приобрела исключительное значение в последние годы, по-видимому, в связи с изменением тактических подходов к лечению заболевания. Несмотря на наличие единого мнения о патофизиологическом значении повышенного

внутрибрюшного давления и необходимости его мониторинга, вопросы лечения и профилактики внутрибрюшной гипертензии при остром панкреатите остаются дискуссионными.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Байбекова Г.Д.
Кафедра нормальной физиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В кишечную фазу секреции поджелудочной железы (ПЖ) выделяется 70–80% объема постпрандиального сока, ферментный состав которого адаптирован к содержанию нутриентов в дуоденальном химусе.

Адрено- и холинореактивные центральные стволовые структуры также принимают участие в корригирующих дуодено-панкреатических субстрат-ферментных адаптациях секреции.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого тяжелого и средней тяжести некротического билиарного панкреатита путем применения активной дуоденальной декомпрессии.

Материалы и методы исследования. В АГМИ им. Ю. Атабекова в 2020-2021 гг. были прооперированы 51 пациентов с вышеуказанным диагнозом. Хронический панкреатит устанавливали на основании клинических признаков болезни (боль в животе) и при обязательном наличии следующих критериев, выявляемых методами лучевой диагностики:

1) увеличения размера ПЖ по данным компьютерной томографии (основной критерий - увеличение головки более 30 мм) или ее атрофии (головка менее 23 мм, тело менее 20 мм и хвост менее 15 мм);

2) вирсунголитиаза и/или кальцинатов паренхимы;

3) панкреатической гипертензии (расширение панкреатического протока 5 мм и более);

4) постнекротических интрапанкреатических кист.

Результаты исследования. Хронология развития заболевания показала, что у 43 (54,4%) пациентов из 79 болезнь началась с острого панкреатита, сопряженного с приемом алкоголя, что потребовало стационарного лечения в 38 наблюдениях. В последующем у этих людей периодически возникала боль в верхних отделах живота различной интенсивности, соответствующая ХП. Болезнь развивалась постепенно у 33 (41,8%) пациентов, у которых первым симптомом явилась незначительная боль в верхних отделах живота с последующим нарастанием их интенсивности и частоты возникновения. Механическая желтуха без предшествующего болевого синдрома послужила первым клиническим проявлением болезни у 2 (2,5%) больных, умеренная боль в животе у них появилась позже. Нарушение пассажа содержимого по ДПК в качестве первого симптома отмечено лишь у 1 (1,3%) пациента. Длительность заболевания от момента регистрации первых симптомов до установления диагноза ДД колебалась от 2 мес. до 14 лет и в среднем составила 32 мес.

Боль в животе явилась основным симптомом болезни у 78 (98,7%) больных. Один раз в 2 недели боль в животе возникала у 40 больных. Боль чаще 1 раза в неделю отмечалась у 38 человек, из которых у 24 интенсивность болевого синдрома превышала 6 баллов по визуально-аналоговой шкале. Полностью вариант болезни без боли был у 1 (1,3%) больного ХП. Заболевание проявлялось декомпенсированным стенозом ДПК и билиарной гипертензией.

Частым симптомом заболевания явилась потеря в массе тела, зарегистрированная у 46 (58,2%) больных и достигавшая 18,8% за 2 мес.

Билиарная гипертензия обнаружена у 30 (38,0%) больных, из которых у 9 имелась и механическая желтуха. Клинические признаки нарушения проходимости ДПК выявлены у 28 (35,5%) больных, из которых у 13 (16,5%) при рентгенологическом исследовании выявлено нарушение эвакуации контрастного препарата из желудка. Повышенный уровень онкомаркера СА19−9 констатирован у 15 (19,0%) больных.

При трансабдоминальном УЗИ брюшной полости типичные изменения в виде утолщения стенки нисходящего отдела ДПК с наличием в ее толще анэхогенных структур, имеющих округлые формы и четкие контуры, выявлены у 40 (50,6%) пациентов. В остальных наблюдениях ультразвуковая картина соответствовала ХП.

На сегодняшний день морфологи не могут дать однозначного ответа на вопрос, являются ли ДД и бороздчатый панкреатит различными заболеваниями, несмотря на то, что их морфологические проявления очень близки. Следствием этого явилось предложение N. Adsay и G. Zamboni [4] использовать собирательный термин «парадуоденальный панкреатит».

По результатам нашего исследования, бороздчатый панкреатит был у 69,6% больных ДД, гетеротопия ткани ПЖ - у 30,4%. Поскольку эти морфологические изменения характеризовались идентичной клинической картиной, требовали одинакового лечения и верифицировались лишь при морфологическом исследовании, мы не считали необходимым рассматривать их как отдельные заболевания. В качестве

обобщенного названия кистозно-воспалительной трансформации стенки ДПК мы использовали принятый в нашей стране термин «дуоденальная дистрофия».

Таким образом, исходя из накопленного коллективного опыта, можно утверждать, что у больных ХП может возникать кистозно-воспалительная трансформация стенки ДПК, что усугубляет тяжесть течения заболевания. В то же время существует небольшая группа больных, составляющая около 6-20% популяции, у которых поражение стенки ДПК возникает первично, приводит к панкреатической гипертензии и вторичному развитию ХП.

Вывод. Таким образом, кистозно-воспалительная трансформация стенки двенадцатиперстной кишки является объективной реальностью. Эти изменения стенки кишки, именуемые дуоденальной дистрофией (ДД), чаще являются осложнением хронического панкреатита (ХП), но, возможно, и первичное их возникновение с последующим присоединением изменений ткани поджелудочной железы, соответствующих ХП. Клинические проявления ДД не зависят от причины ее возникновения и сводятся к симптоматике, не отличимой от симптомокомплекса ХП.

Лечение больных, страдающих ХП и ДД, вначале должно быть консервативным, при необходимости следует производить паллиативные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение билиарной и панкреатической гипертензии. Хирургическое лечение показано при сохраняющейся боли и наличии осложнений ХП, нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки.

ДУОДЕНАЛЬНОЕ СОПРЯЖЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЭКЗОСЕКРЕЦИИ И ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Байбекова Г. Д.
Кафедра нормальной физиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Роль хронического дуоденального стаза (дуоденостаза) в происхождении вторичных поражений двенадцатипёрстной кишки, поджелудочной железы, желчного пузыря и желчевыводящих путей достаточно изучена. Дуоденальный стаз возникает вследствие нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) при многих заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Одним из основных признаков его является длительное повышение давления в ДПК. Дуоденальная гипертензия создаёт условия для нарушения замыкательной функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и сфинктера Одди и возникновения дуоденобилиарного и дуоденопанкреатического рефлюксов.

Цель исследования. Патогенетически обосновать лечение ХП, сочетанного с ЯБ ДИК, с учетом особенностей внешнесекреторной функции ПЖ (вариантов ее секреторного ответа на желудочную гиперсекрецию), секретинового механизма ее регуляции и степени фиброзирования ткани ПЖ.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: открытое проспективное контролируемое (когортное) исследование у 65 больных острым некротическим панкреатитом.

Результаты исследования. Проведенные исследования дали возможность выявить новые факторы патогенеза, патогенетически обосновать и представить новые подходы к проведению лечения ХП при его сочетании с ЯБ ДПК.

Применения блокатора № - гистаминовых рецепторов ранитидина при ХП в сочетании с ЯБ ДПК способствует понижению уровня секретина и угнетению секреторного ответа ПЖ.

Применение ингибитора протонной помпы омепразола способствует повышению уровня секретина плазмы и не влияет на секреторный ответ ПЖ на трансдуоденальную стимуляцию у больных ХП в сочетании сЯБ ДПК.

Применение полиферментного препарата панцитрата способствует повышению уровня эндогенного секретина, не влияет на выраженность секреторного ответа ПЖ, но вызывает его замедление у больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК.

У больных хроническим панкреатитом в сочетании с язвенной болезнью ДПК наблюдается извращенная кинетика эндогенного секретина плазмы в ответ на чрездуоденальную стимуляцию ПЖ желудочным секретом. Она заключается в снижении уровня секретина в течение секреторного ответа ПЖ и неполном восстановлении его уровня по отношению к исходному концу секреторного ответа.

У больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК преобладает хронический панкреатит с гипореактивным (отсроченным, запоздалым) секреторным ответом на чрездуоденальную стимуляцию ПЖ желудочным секретом.

Коррекция реактивности секреторного ответа ПЖ у больных хроническим панкреатитом в сочетании с ЯБ ДПК возможна путем дифференцированного подхода к применению ингибиторов протонной помпы и блокаторов № - гистаминовых рецепторов с целью влияния на уровень секретина плазмы, а также назначением прокинетиков с целью нормализации скорости транзита желудочного секрета через ДНК.

Особенностью изменений морфоструктуры паренхимы ПЖ у больных ХП в сочетании с язвенной болезнью ДПК является преобладание частоты очагового фиброза над диффузным.

К особенностям изменений морфоструктуры главного панкреатического протока у больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК можно отнести более частую встречаемость атро-фического дуктулита, аденоматоза и кистозной трансформации его слизистой оболочки.

К факторам, обусловливающим изменения со стороны слизистой оболочки вирсунгова протока у больных ХП в сочетании с ЯБ ДПК, можно отнести снижение уровня секретина и нарушение его кинетики в ответ на чрездуоденальную стимуляцию внешней секреции ПЖ, что может способствовать недостаточной или извращенной гормональной стимуляции дуктулоцитов.

Выводы. В данном дуоденальном сопряжении сигнальную роль выполняют нутриенты (и продукты их начального гидролиза, что особенно выражено в гидролизатах белков и липидов), а также гидролитические ферменты дуоденального химуса, в первую очередь панкреатические протеиназы и их протеиназо-активируемые рецепторы. Не обделены ими и слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки, апикальные и базолатеральные мембраны ее эпителиоцитов, нейронов, гландулоцитов и лейомиоцитов. Но это уже другая сторона затронутой в статье проблемы, которой в последнее время посвящено большое число публикаций.

ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА СУРУНКАЛИ КОНЪЮНКТИВИТ ФОНИДАГИ ИККИЛАМЧИ “ҚУРУҚ КЎЗ” СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Бахритдинова Ф.А., Маткаримов А.К., Максудова З.Р.
Тошкент тиббиёт академияси, DMC инновацион клиникаси

Мавзунинг долзарбиги. Хозирги кунда Оролбўйи минтақаси бутун дунёда экологик жихатдан энг ноқулай худудлардан бири саналиб, махаллий аҳолининг ҳаёт тарзига ва саломатлигига табиатнинг асосий унсурлари - сув, тупроқ, хавонинг узоқ йиллик ифлосланиши мунтазам таъсир қилиб келмоқда.

Кўриш аъзосининг юзаси очиқ хаво билан бевосита алоқада бўлишини инобатга олсак, кўз олмаси ва унинг ёрдамчи қисмлари ташқи таъсирлар учун яхши “нишон” хисобланади. Бахритдинова Ф.А. ва бошқ. (2020) 2015-2019 йиллар давомида мазкур худуд кўзнинг бирламчи касалликларини таҳлили шуни кўрсатдики: конъюнктива касалликлари биринчи ўринда туради - 48,5%, (шулардан 88,3% турли этиологияли конъюнктивитлар хисобига, птеригиум ва бошқа дистрофик касалликлар 11,5% ни эгаллайди), ва буни муаллиф ташқи мухитнинг таъсири билан боғлайди. Буни исботи сифатида сўнги 10 йил ичида конъюнктивитлар сони динамик равишда, яъни бошланғич кўрсаткичга нисбатан 9,6 марта ошганлигини кўрсатиш мумкин. Шу беморларнинг аксарияти (62,5%) асосан “қуруқ кўз синдроми” (ҚКС) га хос шикоятлар билан мурожат қилишади.

Ташқи мухитнинг мунтазам салбий таъсирлари сурункали конъюнктивитнинг авж олиши ва иккиламчи ҚКС юзага келишини, бу эса ўз навбатида асосий касалликнинг тез тез қайталанишига сабаб бўлади, шунинг учун хам мазкур худудда ушбу касалликни даволаш ўзгача ёндашув талаб этилади

Тадқикот мақсади. Жанубий Оролбўйи худудида сурункали конъюнктивит фонидаги иккиламчи “қуруқ кўз” синдромини даволаш самарадорлигини бахолаш

Тадқиқот материал ва усуллари. Текширум манбаини Қорақолпоғистон Республикаси Беруний туманида “Beruniy Innovatsion DMClninc” клиникасига мурожат қилган 40 нафар бемор (80 кўз), ёш кўрсаткичи 35-62 ёш (ўртача 43,0±5,0), эркаклар 18, аёллар 22 киши ташкил қилди.

Тадқиқотга қўшиш мезонлари:

1) Сўнги 3 йил давомида Беруний ТТБ га ва бошқа ДПМ га мурожат қилган ва сурункали конъюнктивит ташхиси қўйилган беморлар;
2) ҚКС нинг субъектив ва объектив белгиларининг мавжудлиги;
3) Ширмер (ШС), Норн (НС), Джонс (ДжС) синамалари бўйича ҚКС нинг белгилари мавжудлиги;

Тадқиқотдан четлатиш мезонлари:

1) Фаол этиотроп (антибиотиклар, вирусга қарши ва бошқ.) даво ўтказишга мухтожлик туғдирадиган сурункали конъюнктивитнинг қўзиш даври;
2) Анамнезида мўлжалланаётган даво воситалари ва уларнинг компонентларига аллергик реакция кузатилганлиги;
3) Анамнезида махаллий томчилар томизиш билан кечаётган глаукома, систем касалликлар, қандли диабет, климактерик синдром бор бўлган беморлар;

Барча беморлардан асосий махаллий даво бошланишидан олдин конъюнктивал бўшликдан суртма олинди ва бактериологик текширув, қўзғатувчини антибиотикларга бўлган сезгирлиги аниқланди.

Барча беморлар ёш, жинс, касалликнинг оғирлик даражасини мутаносиб хисобга олинган холда 3 та гурухга ажратилди.

1) Назорат гурухи, 13 бемор (26 кўз), бактериологик текширув натижасига кўра антибиотик эритмаси 7-10 кун давомида томизилди;

2) Биринчи асосий гурух, 14 бемор (28 кўз), бактериологик текширувга асосан антибиотик 7-10 кун давомида ва кўз томчиси “Натуральная слеза” (таркиби: декстран, метиолоксипропилцеллюлоза, Алкон фирмаси, Белгия) 2 томчи 3 махал 1 ой давомида, 1 ойлик интервал, кейин яна 1 ой.

3) Иккинчи асосий гурух, 13 бемор (26 кўз), бактериологик текширувга асосан антибиотик 7-10 кун давомида ва кўз томчиси Кератроп (таркиби: натрий карбоксиметиллцеллюлоза, фирма Aseptica) 2 томчи 3 махал 1 ой давомида, 1 ойлик интервал, кейин яна 1 ой

Даволашнинг 7-куни, 1 ой ва 3 ойдан кейин кузатиш даврлари қилиб белгиланди. Стандарт офталмологик текширувлардан ташқари, ҚКС ни объектив ва субъектив белгиларини махсус шкала орқали 3 баллик системада бахолаш (Бржеский В.В., Сомов Е.Е. 2003), пастки кўз ёш менискини ўлчаш ва конъюнктивал бурма холатини H.Hoh (2001) бўйича бахолаш, кўз ёш ишлаб чиқарилишини ва сифатини белгиловчи Ширмер, Норн, Джонс синамалари ўтказилди.

Тадқиқотнинг натижалари Microsoft Office Excel 2007 дастури ёрдамида ўртача арифметик миқдор, стандарт оғиш, ўртача квадрат хатолик, Стьюдент мезонини аниқлаш орқали ишончлилик даражаси хисобланди

Тадқиқот натижалари. Бактериологик текширувлар натижасида конъюнктивал бўшлиқда Staphylococcus epidermidis (34%), Staphylococcus aureus (23%), Esherichia coli (13%), Staphylococcus pneumoniae (12%), аралаш микрофлора (12%), Enterococcus faecalis (4%) каби микрофлора аниқланди, 4% холда қўзғатувчи ўсиши кузатилмади. Энг сезгир антибиотик гурухи фторхинолон қатори - ципрофлоксацин, моксифлоксацин, левофлоксацин (82%), иккинчи ўринларда макролидлар (11%) – тобрамицин, эритромицин, бошқа гурухлар умумий 7% ни ташкил қилди. Шу натижаларга кўра барча беморларга бошланғич 7-10 кун мобайнида мос антибиотик эритмаси томизиш учун тавсия этилди.

Тадқиқот гурухларининг кузатиш даврларидаги натижаларини тахлилида ҚКС нинг субъектив ва объектив белгилари 1 чи ва 2 чи асосий гурухларда динамик равишда камайиб борди ва бошланғич кўрсаткичга нисбатан мос равишда 1,6; 2,8 ва 1,62; 3,3 марта яхшиланди ($P<0,05$). Бунда 2 чи асосий гурух кўрсаткичи 1 чи гурухга нисбатан сезиларли фарқ билан яхшиланганини таъкидлаш лозим.

Кўз ёш ишлаб чиқарилишини аниқловчи Ширмер, Джонса функционал синамаларида, ҳамда пастки қовоқ ёш мениски ва конъюнктивал бурмани бахолашда барча гурухлар ва кузатув давларида статистик сезиларли фарқ билан ўзгариш кузатилмади ($P\geq0,05$).

Кўз ёш сифатини белгиловчи Норн синамасининг кўрсаткичи Кератроп томчисини томизган 2 чи асосий гурухда бошланғич (1,6 марта), 1 чи (1,1 марта) ва назорат гурухларининг (1,6 марта) мос даврлари натижаларига нисбатан сезиларли фарқ билан ошди ($P<0,05$).

Ҳулоса. Сунъий кўз ёш препарати кератропнинг таркиби натрий карбоксиметилцеллюлоза 0,9% ва глицерин 0,5% дан иборат бўлиб, ўзининг гиперосмоляр хусусияти орқали кўз ёш пленкасини узоқ муддат сақланиб туришини таъминлайди. Оролбўйи худудида сурункали конъюнктивитни даволаш комплексига ушбу дори воситасини қўшиш, касаллик клиник белгиларининг тез ва узоқ муддатга бартараф бўлишига, ҳамда кўз ёшини функционал холатини тикланишига олиб келади.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ ВНЕКЛАССНОГО ЧТЕНИЯ ПО ЛИТЕРАТУРЕ

Буранова Нилуфар Шавкатовна
Андижанский государственный медицинский институт

На сегодняшний день назрела необходимость внедрения в учебный процесс инновационных методик и новых педагогических технологий, призванных обеспечить эффективность усвоения материала внеклассного чтения, развивать самостоятельность учащихся.

Вопросам интерактивного обучения посвящены работы многих ученых и специалистов: С. Ю. Курганова, В. Х. Шейне, М. В. Кларина и др. Для осуществления обучения с применением интерактивных методов на уроках внеклассного чтения педагог должен обладать педагогическим мастерством.

Интерактивное обучение — это специальная форма организации познавательной деятельности. Она имеет в виду вполне конкретные и прогнозируемые цели.

Интерактивные методы работы на занятиях внеклассного чтения по литературе являются наиболее перспективными за счёт того, что они представляют возможность организовать активное и открытое обсуждение прочитанного материала, видоизменить его и дополнить, превратить в творческий процесс. В настоящее время всё большее количество учителей применяет в своей работе нетрадиционные уроки. Это связано с тем, что именно благодаря этой необычайности содержания, методов и форм, урок придаёт необходимое ускорение развитию личности.

Мы считаем, что применение интерактивных игр, разминок и сценок на уроке литературы является всегда выигрышным, т.к. в них представлены компоненты, обеспечивающие интерес к выполняемым заданиям. Эти элементы помогают учителю в проведении внеклассных уроков.

Наиболее эффективной формой активации творческой активности учеников на внеклассных уроках по литературе является метод «Мозговой штурм». Основное условие применения этого метода – это безусловная новизна текста. Пример: рассказ Куприна «Гранатовый браслет», учитель не дочитывает произведение до конца, а дает творческое задание найти финал ученикам, которые должны предложить как можно больше интересных идей. Этот метод мы продуктивно используем на уроках литературы при изучении лирических произведений русских поэтов. Учитель на доске пишет только начальные строки стихотворения, например: «Мороз и солнце; день чудесный!» (6 класс). Затем учитель задаёт учащимся вопрос: «А как бы вы продолжили стихотворение?» Ученики, не глядя в текст, предлагают свои идеи. Наилучшие идеи поощряются и сравниваются с произведением поэта.

Интерактивные методы являются инновационными формами обучения, которые способствует активизации познавательной деятельности учащихся, самостоятельному осмыслению материала. В ходе использования интерактивных методов на уроках внеклассного чтения создаются условия для самореализации личности учащихся, умеющих творчески мыслить и находить рациональные пути решения различных ситуаций.

По словам А. Дистервега «Самым важным явлением в школе, самым поучительным предметом, самым живым примером для ученика является сам учитель». Думаем, что к образу такого учителя нужно стремиться.

ФОРМИРОВАНИЕ ЧИТАТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ

Буранова Нилуфар Шавкатовна
Андижанский государственный медицинский институт

«Чтение – это окошко, через которое дети видят и познают мир и самих себя. Оно открывается перед ребёнком лишь тогда, когда, наряду с чтением, одновременно с ним и даже раньше, чем впервые раскрыта книга, начинается кропотливая работа над словами», – сказал когда-то В.А. Сухомлинский.

Уметь читать и читать грамотно – не одно и то же. Педагоги всерьёз озабочены проблемой детского чтения. Но заставить учиться нельзя, учёбой надо увлечь! Как учить чтению, чтобы дети полюбили книгу, ведь книга, прочитанная в детстве, остается в памяти на всю жизнь и влияет на последующее развитие человека. В период всеобщего перехода к информационному обществу интенсивность и качество чтения детей снижается. Становится всё очевиднее замещающее влияние на чтение таких средств коммуникации, как телевидение, Интернет, аудио и видеопродукция. Многие учащиеся не могут охарактеризовать героя прочитанного произведения, выразить своё отношение к поступку героя, найти ответ на вопрос по содержанию произведения, самостоятельно задавать вопросы по прочитанному тексту. Особенно часто дети затрудняются понимать смысл заданий в проверочных и комплексных работах по другим предметам, когда задания прочитывают самостоятельно.

Читательская компетенция – это совокупность знаний, умений и навыков, позволяющих человеку отбирать, понимать, организовывать информацию, представленную в знаково-буквенной форме, и успешно её использовать в личных и общественных целях.

Читательская компетентность учащихся средней школы – это сформированная у детей способность к целенаправленному индивидуальному осмыслению книг до чтения, по мере чтения и после прочтения книги.

Формирование читательской компетентности – приоритетная цель современного образования, которая намечена Президентом нашей страны Ш.М.Мирзиёевым. На её достижение направлена деятельность педагогов и учащихся.

Читательская компетенция - это не бегание глазами по строкам, а постоянно развивающаяся совокупность знаний, навыков и умений, то есть качество человека, которое совершенствуется на протяжении всей его жизни.

В работе педагога часто используются следующие приёмы ТРКМ (технология развития критического мышления)

Приёмы активного чтения:

- Приём «Чтение с пометами»
- Приём «Толстые и тонкие вопросы»
- Приём «Чтение с остановками»

Приёмы графической организации учебного материала:

- Приём «Составление кластера»
- Приём «Перепутанные логические цепочки»

Приёмы, требующие творчества учащихся:

- Приёмы «Синквэйн» и «Диаманта»
- Приём « Пятиминутное эссе»

Методы и приёмы, используемые при групповой работе:

- Метод «Шесть шляп критического мышления
- Приём «Учебный мозговой штурм»
- Приём «Письмо по кругу»

Своевременный и тесный контакт с родителями учащихся позволяет обрести в их лице необходимых и надежных помощников, углубляющих у детей интерес к чтению. Помочь ребёнку осознать необходимость чтения, пробудить интерес к чтению лучших книг и талантливо их прочесть – задача взрослых, задача всех, кто верит в силу чтения и болеет душой за возрождение культуры и интеллектуальной мощи Узбекистана.

Каким ребёнок будет читателем – во многом зависит от нас с вами.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ПУТИ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

Валиев М.О. Бокиев М.М.
Кафедры биологической химии.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Одной из важных проблем профилактической медицины является изучение влияния факторов внешней среды на организм человека с целью создания благоприятных условий для гармоничного развития здорового организма, в частности влияния на стоматологическое здоровье. Юношеский возраст – это важный период в жизни человека, когда происходят различные изменения в организме со стороны сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, гормональной систем. При этом организм может быть восприимчив к различным заболеваниям, в частности органов ротовой полости.

Студенческий возраст представляет собой особый слой населения, объединенный возрастом, условиями обучения, образом жизни, интересов, занятости, уделением большого времени компьютерной технологии. Требованием времени овладения студентами большими знаниями, умением, молодежь затрачивает большие физические усилия и внутреннюю энергию. Адаптация к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию резервов организма, особенно в первые годы обучения.

По данным литературных источников в последние годы наблюдается склонность к ухудшения здоровья молодежи, особенно во время перида обучения. В частности, со стоматологической стороны, кариес зубов наиболее часто встречающееся заболевание среди студентов, и как показывают данные литературы, ожидается дальнейший рост этого заболевания.

Уже не раз доказано у нас в стране и за рубежом, что повышения частоты стоматологических заболеваний зависит от образа жизни, уровня гигиенической культуры и образования, характера и режима питания, своевременного медицинского обследования. В частности это обязывает врача-стоматолога, в целях повышения качества жизни больного, обращать внимание на контролируемые факторы риска человека, которые в большинстве случаев являются причинами развития заболеваний зубочелюстной системы (нерациональное питание, плохая гигиена полости рта, злоупотребление алкоголем, курение и др.).

Цель: изучение распространенность кариеса среди студентов, а также осведомленность студентов о гигиене полости рта.

Материалом явились студенты 3 курса города Андижана.

Результаты: Было обследовано 30 студентов одного возраста. По данным осмотра у восьми из десяти студентов обнаружен кариес зубов, что составляет - 80 %). У некоторых студентов встречались некариозные поражения твердых тканей зубов, что составило 55% в среднем. Признаки заболеваний тканей пародонта обнаружили у 87 % студентов. Гигиена полости рта у студентов соответствовала удовлетворительному уровню в среднем, причём, у студентов, систематически наблюдающихся у стоматолога, осведомленных о правилах гигиены полости рта, некурящих, уровень стоматологического здоровья намного выше, чем у студентов курящих, недостаточно соблюдающих гигиену полости рта, где разница составила в 1,4 раза

Таким образом, Выявлена большая распространенность кариеса среди молодежи, а также прямая зависимость распространенности его от факторов риска, таких, как: плохая гигиена полости рта, курение, питание с большим содержанием углеводов и низкая физическая активность.

Полученные результаты исследования стоматологических заболеваний у студентов можно использовать для планирования лечебно-профилактической работы и мониторинга стоматологического здоровья молодежи.

При выдаче рекомендаций по питанию и гигиене полости рта, необходимо обращать внимание на взаимосвязь стоматологических заболеваний с вредными привычками, такими, как курение, употребление алкоголя и низкая физическая активность человека, подчеркивать важность ведения здорового образа жизни.

АНДИЖОН ШАҲРИДА ЯШОВЧИ МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КЎКРАК ҚАФАСИ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎСИШ ТЕЗЛИГИ ДИНАМИКАСИ

Л. Ваҳобов, И. И.Саттибаев
анатомия ва клиник анатомия кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Ишнинг мақсади: Андижон шахрида яшовчи мактабгача ёшдаги болалар кўкрак қафаси антропометрик ўлчамларининг ўсиш тезлиги динамикасини ўрганиш.

Ишнинг вазифаси: Андижон шахрида яшовчи мактабгача ёшдаги болалар кўкрак қафаси антропометрик ўлчамларини аниқлаш.

Илмий тадқиқод ишини олиб боришда текшириш объекти бўлиб, ҳар бир ёш гурухида 100 нафардан амалдаги соғлом, иккала жинсга молик, мактабгача ёшдаги- чақалоқлик давридан 7 ёшгача бўлган болалар ҳизмат қилди. Изланишни олиб боришда адекват атропометрик ва вариацион статистик усуллардан фойдаланилди.

Текширишлар шуни кўрсатадики, Кўкрак қафасининг қўлтиқ ости тенглигидаги айлана ўлчами биринчи олти ойлик даврида 1,3 марта ўсади ва 1 ёшлик давригача ўсиш жараёни секинлашади. Ва ўсишнинг кескин жадаллашуви 2 ёшлик даврида кузатилиб, кеййги ёшларда секинлашади. Кузатишларга кўра қўлтиқ ости тенглигидаги кўкрак қафасининг айлана ўлчамининг ўсиши нотекис кечади.

Кузатишлар шуни кўрсатадики, кўкрак қафасининг айлана ўлчами сут бези сўрғичи тенглигида боланинг биринчи 6 ойлигида 1,3 марта катталашади ва боланинг биринчи ёшида бироз секинлашиб, иккинчи ёшида яна жадаллашади. Ушбу тенгликдаги айлана ўлчам ўргаенилган ёшларда 1,8 марта катталашиб, кўрсаткич ўсишининг жадаллашуви биринчи ойлик ва икки ёшлик даврида кузатилади.

Олинган натижаларга кўра, кўкрак қафасининг айлана ўлчами тўш суягининг ҳанжарсимон ўсимтаси тенглигида боланинг биринчи 3 ойлик даврида 1,2 марта катталашади. Ўсишнинг жадаллашуви боланинг 2 ёшида кузатилиб, 3 ёшлик давридан 7 ёшлик давригача ўсиш жараёнида секинлашув кузатилади. Ушбу кўрсаткич чақалоқликдан токи 7 ёшгача бўлган даврда 1,7 матра катталашиб, энг жадал ўсиши биринчи 3 ойлик даврида ва иккинчи ёшида кузатилади.

Текширишлар натижаларига кўра, кўкрак қафасининг айлана ўлчами IX- қовурға тенглигида чақалоқ 6 ойлик бўлганда 1,3 марта катталашади. Қолган ёш даврларида ўсиш жараёни бир маъромда кечади. Кўрак қафаси айлана ўлчами ушбу тенгликда чақалоқликдан токи 7 ёшгача бўлган даврда 1,7 марта катталашиб, ўсишнинг жадаллашуви бола ҳаётининг биричин 6 ойлигида кузатиилади.

Хуласа тарзидва шуни айтиш мумкинки, олинган натижалар кўкрак қафаси аъзоларининг ривожланиш жадалллигни аниқлашга имкон берса, ўсиш жараёнларининг кейин ёшлардаги жадаллигини ўрганишга асос бўлиб ҳизмат қилади.

ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГРУДИ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Гамидов С.Ш., Индиаминов С. И.
Навайский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы
Самаркандский Государственный медицинский институт

Основной причиной сочетанной травм (СТ) в настоящее время становятся ДТТ, который наносит огромный материальный и моральный ущерб как обществу в целом, так и отдельным гражданам. В решении судебно-следственных задач при ДТТ значительную помощь оказывает судебно-медицинская экспертиза (СМЭ), в процессе которой устанавливаются такие важные для следствия и суда вопросы, как причины и условия ДТТ, тип транспорта (автомобиля), скрывшегося с места события, механизм (фазы) травмы и др.

Цель исследования. Выявление особенностей формирования повреждений структуры грудной клетки и органов грудной полости у пешеходов при их столкновениях с движущимися автомобилями.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов судебно-медицинских экспертиз 215 трупов, погибших при столкновениях с движущимися автомобилями. Среди погибших мужчин - 173, женщин - 42. Возраст пострадавших от 14 до 75 лет.

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам судебно-медицинской экспертизы на теле у 206 (95,8%) погибших пешеходов имело место СТ 2-х и более частей тела и лишь у 9-ти (4,7%) погибших выявлена изолированная черепно-мозговая травма (ЧМТ). В составе СТ преобладала травма двух и более частей тела с переломами костей конечностей (120) – 55,8% и СТ головы, груди, живота (50) – 23,3%. Повреждения структуры головы (ЧМТ) как в составе СТ, так и в изолированном виде отметили почти у всех погибших пешеходов. В составе СТ повреждения структуры груди и органов грудной полости отметили в 184 случаях (85,6%), при этом у 17 погибших пешеходов (7,9%) отметили переломы ключицы, по локализации преобладали переломы по концам её, что свидетельствовало об их формировании при падениях пострадавших на дорожное покрытые в 3-й фазе АТ.

У 124 пешеходов (57,7%) отмечены переломы ребер по разным линиям с повреждениями межреберных мышц, париетальной плевры. Переломы чаще всего (59 из 124) были двусторонними, а переломы правых и левых ребер возникали в одинаковой степени (31 и 34 соответственно). В 64 случаях (29,8%) переломы у погибших пешеходов охватывали почти все ребра (с 1 по 11 ребро), по локализации преобладали переломы по среднеключичной и подмышечным линиям, которые по характеру были непрямыми с признаками сжатия на внутренний и растяжения – на наружной пластинах. Это указывает на то, что переломы ребер у пешеходов формируются в основном в 3-й фазе АТ – падениях пострадавших на дорожное покрытие. Нередкими были переломы тела грудины (17).

Со стороны грудной полости у 184 погибших отмечались наиболее выраженные кровоизлияния в области средостения, в корни и другие отделы легких, а также сердечную сорочку, в мышцах сердца и стенках магистральных сосудов, интенсивность кровоизлияний преобладала в тканях легких. Из них в 36 случаях имели место разрывы легких, сердца, аорты, трахеи и сердечной сорочки.

Выводы. Приведенные данные указывают на то, что у пешеходов, пострадавших при автомобильной травме, преобладают повреждения структуры легких, формирование которых обусловлено их ушибом при сильных сотрясениях тела пострадавших, наблюдаемых в 3-ей фазе АТ – падениях пешеходов на дорожное покрытия. Повреждения структуры легкие, трахеи и сердца явились основной причиной смерти пострадавших на догоспитальном этапе в результате развития травматического (геморрагического, плевропульмонального) шока и гемо-пневмоторакса.

UPDATES ON RECURRENT PREGNANCY LOSS

Umida Ganieva, MD, PhD
Research Associate, Clinical Immunology Laboratory, the Center for Cancer Cell Biology, Immunology and Infection, Chicago Medical School, Rosalind Franklin University of Medicine and Science, North Chicago, Illinois, USA
Visiting Researcher, Department of Obstetrics and Gynaecology, Graduate School of Medicine, Nagoya University, Nagoya, Japan

Introduction: Approximately 15% of clinical pregnancies result in miscarriage, most often during the first trimester. Foetal chromosomal abnormalities account for 50–60% of sporadic miscarriages, although the incidence is lower in recurrent pregnancy loss (RPL), defined as two or more losses. Further, with each additional miscarriage, the frequency of euploid loss increases whereas the likelihood of a successful pregnancy decreases, indicating that uterine factors drive higher order miscarriages. Few interventions improve live-birth rates in RPL, reflecting that in most cases the underlying mechanisms are incompletely understood.

Materials and methods: We first performed single-cell transcriptomic analysis on decidualizing primary EnSC cultures, mapped the emergence of DC and snDC, and identified co-regulatory gene networks underpinning the multistep decidual pathway. We then extended the single-cell analysis to peri-implantation endometrial biopsies and screened for stroma-specific marker genes that signal divergence of the decidual response towards a pro-senescent decidual state. The expression of two marker genes, DIO2 and SCARA5, and the abundance of uNK cells were then analysed in peri-implantation endometrial biopsies from 89 RPL patients and 90 control subjects. The frequency of each defect in RPL and control subjects is shown ($\chi 2$ test).

Results: Fate divergence of EnSC upon decidualization relates to the level of replicative stress (indicating by nuclear shading) incurred by individual cells during the proliferative phase. Stress-resistant decidual cells recruit and activate uNK cells to eliminate stressed/senescent decidual cells through granule exocytosis. Different defects along the decidual pathway can be identified, including ‘decidualization failure’, ‘excessive decidual senescence’ and ‘uNK cell deficiency’.

Conclusion: Decidualization is a multistep process that ultimately leads to chronic senescence, a cellular state incompatible with the formation of a functional decidual–placental interface. Our data suggest that DC must engage uNK cells to eliminate snDC to escape this default pathway, although additional in vivo studies are required to substantiate this conjecture. Nevertheless, we identified SCARA5 and DIO2 as selective marker genes for DC and progesterone-resistant snDC, respectively. When combined with uNK cells, these marker genes can be used to map putative defects along the decidual pathway in cycling endometrium. Our findings raise the possibility of a simple screening test to identify women at risk of miscarriage and to monitor the effectiveness of pre-pregnancy interventions.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ

Гофурова Ю.К.
Андижанский государственный медицинский институт

ИТЛМ в переводе с английского языка обозначает: интерактивные методы преподавания и обучения (И –(interactive) интерактивные, М –(methods), методы, Т –(teaching), преподавания Л - (learning) обучения. Интерактивные методы - это те методы, которые требуют взаимных действий студентов между собой, а также взаимодействие между студентами и преподавателем. Слово “интерактив” произошло от английского слова “интеракт”. “Интер” – это “взаимный”, “акт”- “действовать”. Интерактивные методы преподавания предполагают большую активность обучаемого. Это творческое переосмысление полученных сведений. Основные критерии интерактивной модели обучения: возможность неформальной дискуссии, свободного изложения материала, меньшее число лекций, но большее количество семинаров, инициатива студента, наличие групповых заданий, которые требуют коллективных усилий, выполнение письменных работ.

Существуют сотни методов, различающихся между собой. Так, при прохождении темы «Узбекистан» дается задание обсудить в парах и составить кластер (с этим методом студенты уже были знакомы), прежде чем ответить на него письменно. Профессиональный преподаватель должен уметь переключаться с интерактивных методов на не интерактивные, возможно, даже в ходе одного занятия на его различных этапах по мере необходимости. Основная причина использования интерактивных методов заключается в том, что они интересны. Причина выбора этих методов должна заключаться в том, что они представляют собой более эффективный способ обучения программному материалу. Эффективным считается такой метод, который требует наименьшей затраты ресурсов во времени, оборудования в целях достижения определенной учебной цели. Прежде чем выбрать метод, мы должны четко представлять себе, что мы преподаем и чему мы хотим обучить, какова наша учебная цель. В современной педагогической практике разработаны и применяются несколько десятков новых стратегий, методов обучения. Можно выделить следующие группы. Первая группа-это интерактивные методы, способствующие образовательной мотивации, т. е. ориентированные на актуализацию имеющихся знаний, пробуждение интереса к получению новой информации. Это кластер, мозговой штурм, проблемные вопросы, Зигзаг, Ажурная пила. Вторая - интерактивные методы, способствующие осмыслению новой информации, то есть ориентированные на активное получение информации, соотнесение нового с известным. Это Знаю/ Хочу узнать/ Узнал., Инсерт (метод пометок), дебаты. Следующая третья группа - интерактивные методы, которые способствуют размышлению студентов. Они ориентированы на суммирование и систематизацию новой информации, выработку собственного отношения к изучаемому и формулированию вопросов для дальнейшего продвижения в информационном поле.

Например, Синквейн, Рыбий скелет, Диаграмма Венна, аналитический подход при написании рефератов.

КУЛЬТУРА ПРАВИЛЬНОГО ПРОИЗНОШЕНИЯ

Гофурова Ю.К., преподаватель
Кафедра узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт

Речевая культура человека – зеркало его духовной культуры.
В.А.Сухомлинский

В настоящее время сложились условия, когда востребованность специалиста на рынке труда, его конкурентоспособность в значительной степени зависят от наличия грамотной речи (устной и письменной), умения эффективно общаться, от знания приемов речевого воздействия, убеждения. Именно сегодня интерес к русскому языку становится осознанной необходимостью для миллионов молодых людей, стремящихся достичь успеха в жизни с помощью профессиональных знаний и навыков. Вот почему курс «Русский язык и культура речи» вводится в программы подготовки специалистов нефилологического профиля. При этом языковая подготовка студентов призвана решать не только обучающие, но и воспитательные задачи.

Человек выдает себя каждой произнесенной фразой. По тому, как мы говорим, произносим, можно судить об уровне образованности и культуре. Правильное и красивое произношение является одним из показателей культуры и воспитанности человека. Если ошибка в правописании режет глаз, то ошибка в произношении режет слух. Быстроту восприятия устной речи, облегчение процесса общения обеспечивает правильное произношение. Орфоэпическими нормами должен владеть каждый человек.

Разговор о русском языке и культуре речи сегодня актуален как никогда. В наше время, время активных и предприимчивых людей, широко открыт простор для выражения своего мнения, убеждения, оценок того или иного события. А это в свою очередь требует развитие коммуникативных возможностей, средством которого является слово. Одной из проблем общества в наши дни является значительное снижение уровня культуры речи. Распространенно использование в своей речи разных вульгаризмов, появились сленги, применение ненормативной лексики. А также использование заимствованных слов, не разбираясь. В наши дни появилась потребность формирования у студентов речевой культуры на основе осмысленного отношения к русскому языку. Требуемая культура речи не существует без знания и соблюдения орфоэпических норм русского языка.

Орфоэпия – это не только правильная образцовая русская устная речи, но и дисциплина, наука, которая занимается установлением норм произношения. Для устной литературной речи есть общепринятые произносительные нормы. Они обязательны для каждого культурного человека. Эталоном правильного произношения служит сценическая речь, речь работников радио и телевидения.

Для студентов медицинских вузов введен курс «Русский язык и культура речи». Мы рассматриваем на занятиях орфоэпические нормы, акцентологические, грамматические, синтаксические нормы русского литературного языка, выполняем задания и упражнения, способствующие закреплению правильного русского произношения.

Например: говорят *что, конечно, нарочно, красивого, препятствующего вместо Што, конеШНо, нароШНо, красивОВО, препятствующЕВОИначе или инАче, нАголо или нагОло* и т.д

Упражнения и задания на расстановку в словах ударения, произношение гласных под ударением и в безударном положении, указание правильного варианта произношения в парах слов и др. способствуют навыкам овладения орфоэпических норм русского языка

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ

Гофурова Ю.К.
преподаватель Кафедры узбекского языка и литературы

Актуальность темы обусловлена тем, что в повседневной жизни, сталкиваясь с фразеологизмами, многие люди даже не замечают этого. Они не умеют правильно употреблять фразеологизмы в речи, потому что не знают их значений. Мы хотим познакомить с употреблением фразеологизмов в речи, вызвать интерес к использованию фразеологизмов в устной и письменной речи. Фразеологизмы украшают нашу речь, делают её выразительной и яркой. Они тесно связаны с лексикой, изучение идиом помогает познать их строение, образование и употребление в речи. В русских фразеологизмах отразились исторические события, выразилось народное отношение к ним, что позволяет глубже понять историю и характер нашего народа, благодаря фразеологизмам наш словарный запас становится богаче, интереснее, ярче выражает человек свои мысли, изучение фразеологии важно для совершенствования речи человека, для повышения его речевой культуры. Словарь С.И.Ожегова дает следующее определение: «Фразеологизм – устойчивое выражение с самостоятельным значением». В «Большой Советской Энциклопедии» (1969-1978 г) есть следующее определение этого понятия: Фразеологизм - фразеологическая единица, устойчивое сочетание слов, которое характеризуется постоянным лексическим составом, грамматическим строением и известным носителям данного языка значением (в большинстве случаев – переносно-образным), не выводимым из значения составляющих его компонентов. Это значение воспроизводится в речи в соответствии с исторически сложившимися нормами употребления. Таким образом, можно сделать вывод о том, что фразеологизмы – это устойчивые сочетания, образующие смысловое единство и выполняющие функцию отдельного слова. Слова, составляющие фразеологизм, все вместе значат совсем не то, что они же значат по отдельности. В свободных словосочетаниях одно слово можно заменить другим, если оно подходит по смыслу (например: ем яблоко, ем конфету, учу уроки, сделал уроки). Фразеологизмы такой замены не допускают. Нельзя говорить «кошка наплакала» вместо «кот наплакал», вместо «раскинуть умом» - «разбросить умом» или «раскинуть головой». Фразеологизмы, используемые в современном языке, имеют различное происхождение. Одни возникли в далёком прошлом, другие созданы в последние десятилетия. По своему происхождению фразеологизмы можно разделить на следующие группы:

1.Фразеологизмы, происхождение которых связано с историей нашей страны, с обычаями и обрядами наших предков (в долгий ящик отложить, на стенку лезть).

2.Фразеологизмы, возникшие в той или иной профессиональной среде или пришедшие в литературный язык из жаргона (бить баклуши, попасть впросак, играть первую скрипку, брать на пушку, втирать очки).

3.Выражения, сошедшие со страниц художественных произведений русской и зарубежной литературы и ставшие крылатыми (медвежья услуга, как белка в колесе, на деревню дедушке).

4. Фразеологические обороты, пришедшие к нам из старославянского языка (блудный сын, нести свой крест).

5.Фразеологизмы библейского происхождения (манна небесная, посыпать пеплом голову). 6.Фразеологические обороты античного происхождения (из мифологии, литературы, истории) (яблоко раздора, ахиллесова пята, золотая середина).

7. Заимствованные фразеологизмы из других языков (перевод иностранных выражений) (не в своей тарелке, ставить точки над и, воздушные замки).

8.Фразеологизмы, являющиеся по происхождению устойчивыми сочетаниями – терминами науки (привести к общему знаменателю, звезда первой величины).

Целый ряд русских фразеологизмов связан с бытом, обычаями, традициями и верованиями древних славян. Ярким примером таких фразеологизмов являются следующие устойчивые сочетания: за пояс заткнуть, где раки зимуют, калачом не заманишь. Устное народное творчество - источник появления фразеологизмов (битый не битого везет, Кощей Бессмертный). Существуют устойчивые выражения, образованные от пословиц: гоняться за двумя зайцами – от пословицы «За двумя зайцами погонишься — ни одного не поймаешь». Происхождение некоторых фразеологизмов связано с русскими древними ремеслами. Так, например, от столяров ведут начало фразеологизмы: без сучка, без задоринки, снять стружку. От сапожников -два сапога пара, сделаны на дну колодку.

Красивая правильная речь — несомненное достоинство, как взрослых, так и детей. Человек, знающий фразеологию родного языка, умеющий ею пользоваться, обычно легко излагает мысли, за словом в карман не лезет.

РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ СИСТЕМ ПО БИОФИЗИКЕ

Ш.А.Гуламов
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Лабораторные работы по предмету Биофизика в медицинских институтах играют огромную роль в глубоком освоении студентами теоретических материалов, в приобретении навыков работы с лабораторными оборудованиями, а также навыков точного физического измерения. Кроме того, медицинская отрасль нуждается в специалистах по клинической инженерии, которые хорошо владеют с указанными навыками.

Как известно, в настоящее время происходит быстрое и бурное развитие различных методов диагностики и лечения заболеваний в медицине. Данное обстоятельство требует создание и внедрение новых автоматизированных лабораторных работ с использованием информационных технологий. Проведение лабораторных занятий по Биофизике на основе автоматизированных систем позволит студентам бакалавриатуры получать начальные навыки в данном направлении.

Цель. Целью данной работы является разработка методов создания автоматизированных лабораторных систем по предмету Биофизика с применением элементов микроэлектроники и информационных технологий.

Результаты исследования. Для разработки автоматизированной лабораторной системы по биофизике необходимо систему разделить на три части: 1. Стенд с лабораторными оборудованиями; 2.Компьютерный блок; 3. Программное обеспечение. Разрабатываемая автоматизированная лабораторная система называется “Определение коэффициента внутреннего трения (вязкости), средней длины свободного пробега и эффективного диаметра молекул воздуха и определение поверхностного натяжения капельным методом”

1.Стенд для определения коэффициента внутреннего трения (вязкости), средней длины свободного пробега и эффективного диаметра молекул воздуха, а также для определения поверхностного натяжения капельным методом используется установка, состоящая из сосуда, заполненного водой, капилляра и мерного стакана. Если открыть кран, то вода будет выливаться из сосуда, одновременно через капилляр в сосуд будет засасываться воздух. Таким образом, капилляр является той трубкой, в которой устанавливается ламинарное течение воздуха в результате того, что разные концы трубки находятся под разным давлением (верхний конец – под атмосферным давлением, нижний – меньше атмосферного).

Важной электронной частью установки является электронный кран, позволяющий выливаться из сосуда жидкости, и одновременно обеспечивая засасывания воздуха через капилляр. Данная электронная часть состоит из чувствительного полупроводникового датчика.

2. Компьютерный блок состоит из процессера, монитора, силового шнура питания, кабеля соединяющего процессер и монитора, мыши (электронное устройство позволяющее управление компьютером).

3. Программное обеспечение позволяет управление стенда в автоматическом режиме, что позволит внести все необходимые данные студента приступающего к выполнению работы.

Разработаны следующие условия применения установки: стенд применяется во время выполнения лабораторных работ студентами вузов по предмету Биофизика; температура атмосферы 25±10 °C.;

относительная влажность воздуха 65% при температуре 20 °С; время непрерывной работы при температуре 20°С. не более 2ч; Технические характеристики, куда включены: напряжение сети 220±10 В, потребляемый ток 0,02 - 0,1 А, частота в сети 50 Гц, габариты стенда 620х300х15.

Проведены работы по совместимости лабораторного стенда, компьютерного блока и программного обеспечения, что позволило обеспечение работы автоматизированной лабораторной системы в требуемом режиме.

На основе проведенных исследованиях разработан следующий порядок выполнения данной лабораторной работы:

1. Соединить сетевой шнур блока питания стенда в сеть 220 В.
2. Соединить кабель USB стенда с компьютером.
3. Запустить программу «Tomchi», находящуюся на рабочем столе.
   Заполнить все данные о студенте, выполнявшем лабораторную работу в ячейке «Ф. И. О.».
4. Заполнить верхнюю колбу с исследуемой жидкости.
5. Нажать на клавишу «0» расположенного на клавиатуре. При этом откроется клапан и жидкость начинает протекать беспрерывно.
6. После перехода протекания жидкости от беспрерывного режима к каплям, нажать клавишу «Enter». При этом начинается отсчет времени.
7. По истечении определенного времени нажать на клавишу «Пробел». При этом клапан закроется и счет остановится.
8. Нажать на кнопку «Зафиксировать». При этом полученные данные заносится на поле списков.
9. Повторить пункты 4-8.
10. Выборочно выделять занесенный список. При этом выбранная строка скопируется на правую сторону поля.
11. Нажать кнопку «Сохранить». При этом все полученные данные сохраняются в жёстком диске.

Выводы. На основе проведенных работ по совместимости лабораторного стенда с компьютерным блоком и программным обеспечением, разработана автоматизированная лабораторная система по биофизике. Представлен алгоритм выполнения данной лабораторной работы. Вместе с этим, разработаны: назначение лабораторной системы, условия применения установки, указания к мерам безопасности, техническое обслуживание, перечень возможных неисправностей, сведения о хранении и транспортировки.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ

Жураев Б. клинический ординатор 2-курса по клиническому фармакологии.
Научный руководитель: доцент- Абдуназаров Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследований. Оценка частоты и использования антибиотиков, при остром бронхите у детей до года.

Методы. Работа является неэкспериментальным, описательным, ретроспективным, фармакоэпидемиологическим исследованием.

Результаты и обсуждение. Проанализированы результаты лечения антибиотиками 94 историй болезней детей с острым бронхитом одной из детских больниц Андижанских области в 2019 г. Самым частым назначенным препаратом был ампициллин – 57,3% от общего назначения АБС: Средняя продолжительность антибиотикотерапии (СПАТ) ампициллином составила в среднем 9,3 дней. Бензилпенициллин применялся в 25,1% случаев, СПАТ – 9,7 дней. Цефазолин применялся в 9,4% случаях, СПАТ – 8,4 дней. Оксациллин и ампиокс применялся в 3,1% случаях, СПАТ 9,0 дней. Гентамицин и цефтриаксон использовались с комбинации аминопенициллинами в одному случаю. Все антибиотики вводились исключено парентерально. Бактериологическое исследование не проводились не в одном случае.

Выводы. Антибактериальная терапия (АБТ) при остром бронхите проводилась обоснованно, но не рационально. В 15% случаев суточная доза антибиотиков не соответствовала тяжести заболевания и массе тела ребенка. В 22% случаев кратность введения не соответствовал стандартам. Необоснованно применялись резервные антибиотики вместо стартового препарата. Во всех случаях выбор антибиотиков осуществлялся эмпирически, без бактериологического анализа. Выбран парентеральный путь введения, когда более высокоэффективны пероральные антибиотики.

CLINICAL ASSESSMENT OF MODERN ASPECTS OF CORRECTION OF HIGH REFRACTIVE ERRORS WITH USING PHAKIC INTRAOCULAR LENS: EVO + VISIAN ICL, TICL.

Zaynutdinov Nozim Nadirkhodjayevich
Independent scientific researcher, NAZAR Eye Center
Kamilov Khalidjan Makhamadjanovich
Professor and head of ophthalmology department
Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

Abstract: To assess clinical outcomes of modern aspects of correction of high refractive errors with using posterior chamber pIOL (phakic intraocular lens) ICL and TICL for patients with high myopia and myopic astigmatism. This study is consisted of two groups: the first group had patients with high myopia and undergone implantation of ICL and the second group had patients with high myopia and myopic astigmatism who had undergone implantation of toric ICL. These first clinical experiences had been done to patients in Uzbekistan.

Key words: Refractive errors; high myopia; myopic astigmatism, toric phakic intraocular lens, implantable collamer lens, visual acuity, vault, intraocular pressure.

Purpose: To evaluate initial clinical outcomes after implantation of spheric and toric phakic implantable collamer lens (ICL and toric ICL) to patients with high refractive errors (high myopia and myopic astigmatism) during next post-op 6 months period.

Methods: In this prospective, consecutive study of spheric ICL (VICM5) and toric ICL (VTICM5), models implantation had been investigated in two groups of patients with high myopic and myopic astigmatism who had contraindications for LASIK correction. In early stages of investigation the main clinical outcomes of this study were uncorrected visual acuity (UCVA), best corrected visual acuity (BCVA), ICL vault, intraocular pressure, endothelial cell count (ECC), and development of early any kind postop complications. Patients were evaluated at 1 day, 1 week, 1, 3 and 6 months post - operative period.

Results: Totally 112 eyes of 60 patients had underwent spheric ICL (VICM5 model) and Toric ICL (VTICM5 model) implantation in NAZAR Eye Center by one qualified surgeon during 2 years from January 2018 to December 2020. These patients had been divided into two groups. The first A - group has contained 30 patients with 58 eyes (the mean age of patients was 27.52 ± 6.61). In this group, the mean preoperative manifest spherical equivalent (MSE) was - 10.59 ± 3.41 D and manifest cylinder (MC) was -1.29 ± 0.51 D respectively, which postoperative spherical refractive measures reduced to -0.92 ± 0.37 D and cylinder measures reduced to - 0.77 ± 0.39 D, Anterior subcapsular lens opacity was found in first months postop period only in one eye of (1.72%) patient. IOP had strongly increased in two eyes (3.45%) of one patient at first day postop period until 1 months up to 38 mmHg. Only in one eye (1.72%) had appeared retinal detachment after 6 months postop period. Corneal edema with moderate grade had been revealed in four eyes during first week postop period. Pigment dispersion was not present in any eye, respectively. The mean IOP was 15.90 ± 1.92 mmHg preoperatively. The mean IOP has changed until 15.86 ± 3.30 mmHg in six months postop period.

The second B - group has contained 30 patients with 54 eyes (the mean age of patients was 28.34 ± 6.64). In this group, the mean preoperative manifest spherical equivalent (MSE) was - 9.85 ± 2.65 D and manifest cylinder (MC) was -3.19 ± 0.79 D respectively, which postoperative spherical refractive measures reduced to -1.18 ± 0.56 D and cylinder measures reduced to - 0.93 ± 0.39 D, IOP had strongly increased in five eyes (9.26%) during first week postop period. Corneal edema with mild grade had been revealed in two eyes during first week postop period. Pigment dispersion and anterior subcapsular cataract formation was not present in any eye, respectively. The mean IOP was 16.30 ± 1.85 mmHg preoperatively. The mean IOP has changed until 15.44 ± 1.76 mmHg during six months postop period.

Conclusion: EVO + Visian ICL and toric ICL implantation are a safe, effective and alternative refractive surgery for correction of high refractive errors (high myopia and myopic astigmatism) for patients who have thin cornea and several contraindications for laser correction. Implantation of ICL models: VICM5 and VTICM5 show that patients have minimal residual refraction and low complications after surgery such as dry eye syndrome, halos, glare and irritations.

PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE AMONG THE POPULATION

Ibragimova Z.J., Isaqova N.R.
Fergana Medical Institute of Public Health

According to the World Health Organization, there are 1.1 billion adult smokers in the world, of which at least 367 million smoke. A 2014 study of risk factors for noncommunicable diseases by the Ministry of Health in collaboration with WHO found that 12% of the population of Uzbekistan, 23.2% of men, or one in four, and 0.2% of women consume nasvai. Ninety percent of smokeless tobacco consumers consume nasvai. This is the highest rate of nasvai consumption among the population of Central Asian countries: in Kyrgyzstan - 5.2%, in Kazakhstan - 1.3%,

in Turkmenistan - 1.4%. In addition, the consumption of smokeless tobacco products among adolescents aged 13-15 years is the highest in Uzbekistan compared to neighboring countries (6%) (this figure is 5.1% in Kyrgyzstan, 1.8% in Tajikistan, 0.6% in Kazakhstan). percent, in Turkmenistan - 0.2 percent).

The situation in Uzbekistan is as follows: 21% of the population consumes tobacco products in the form of cigarettes and nas. In the total number of this part of the population, smokers account for 48% and nas consumers for 52%. Nasal consumption is common among the rural population, accounting for 26%. In regional and district centers, this figure is 14%, and in the capital - 3%. These figures are explained by the fact that urban dwellers evaluate nasal consumption as uncivilized. It is estimated that every smoker in Uzbekistan will spend an average of 10 years on a Chevrolet Lacetti or Sobalt to buy cigarettes.

The lifespan of smokers with more than 20 years of smoking experience (70%) who started smoking at an early age is reduced by 20-25 years compared to people who do not smoke at all. Smoking is one of the main risk factors leading to the development of non-communicable diseases such as cardiovascular and arterial hypertension. One in three middle-aged men dies because of smoking cigarettes, which are becoming more common among the population, especially among young people, contain 7.5 times more nicotine than cigarettes. Another such defect is nasal smoking. The majority of the population is aware of the harms of smoking, but the consumption of cigarettes and nasvai is becoming a topical issue today.

Nas (nosvoy) is a non-smoking tobacco product that is traditional for Central Asian countries, Afghanistan, as well as some regions of China and India. The main components of nas are: tobacco and alkali (slaked lime), bird and camel dung, vegetable ash and oil. Spices can also be added to the product to improve the taste. The slaked lime and ash in the nasal passages convert the acidic environment into an alkaline environment, accelerating the absorption of nicotine into the bloodstream through the vessels of the oral mucosa.

According to the Law of the Republic of Uzbekistan №302, adopted on October 5, 2011, in our country there are restrictions on the places of sale of tobacco and alcohol products and the age of buyers. These restrictions do not apply to nasvai. The reason why nas smoking is widespread among the population, especially in rural areas: nas is a much cheaper and more popular product than the price of cigarettes. Unfortunately, the majority of the population thinks that nasvai is harmless compared to cigarettes, and this is a serious misconception. Because the amount of nicotine in nasvai bubbles is much higher than in cigarettes, the mental attachment to it is stronger. Nasal is one of the psychoactive substances and affects the central nervous system, causing strong mental and physical dependence. Nasal is absorbed into the bloodstream and adversely affects the activity of the brain, liver, kidneys, pancreas and other organs, causing disease in these organs. It also causes dysfunction of the salivary glands in the oral cavity.

According to official data, in Uzbekistan in the trachea (average 3.9 times), oral cavity (average 3.8 times), gums (3.1 times), esophagus (2.5 times), stomach (2.0 times), nasal mortality from malignant tumors in the larynx (2.0 times) is much higher among men aged 30−69 than women of the same age, which is directly related to the consumption of nasvai and other tobacco products. In Uzbekistan, more than 860,000 out of 1.7 million people who smoke smokeless every day are at risk of premature death due to nasvai consumption. If appropriate measures are not taken, this figure could rise further.

In the fight against smoking, doctors set the following tasks as their main goals:

1. Promoting a healthy lifestyle and smoking cessation among the population;
2. Inform the population, especially children and youth, about the negative health effects of smoking in the prevention of smoking
3. Involve all segments of the population in the prevention of nicotine addiction;

ОБ ОДНОЙ ОСОБЕННОСТИ ВЛАДЕНИЯ ХОРОШО УСВОЕННОЙ ЛЕКСИКИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА

ст.преп. Х.М.Икрамова
(кафедра узбекского языка и литературы АГМИ)

Полноценное владение словами иностранного языка является основой билингвизма. Овладение словом в первую очередь предполагает, как известно, знакомство с его значением. В тексте слово наполняется смыслом. Зная значения слов “пошёл” и “снег”, человек извлекает смысл из сочетания “пошёл снег”. А данное сочетание в зависимости от контекста может иметь различный смысл: наступление холодов или, наоборот, потепление, красивую или печальную картину, радость или уныние и т.д. Итак, осведомлённость о значении слова ведёт к возможности извлечения смысла из речевого сообщения. Значения слов представлены в словарях, о них можно догадаться по контексту, уточнить у носителей языка и т.д.

Однако наблюдение за процессом коммуникации на иностранном языке показывает, что дело обстоит далеко не так просто и что понимание речи зависит не только от прочного владения языковыми значениями слов иностранного языка. Совершенно очевидно, что лёгкость, чёткость и глубина понимания иноязычной речи, желание думать и говорить на втором языке определяется целым рядом факторов лингвистического, психологического, методического, профессионального, бытового порядка. В данной

статье мы рассмотрим лишь один фактор психолингвистической модальности. В беседах со студентами языковых вузов неоднократно повторялась мысль о том, что они постепенно привыкают думать на иностранном языке, но думают чаще об абстрактных вещах или на эмоционально окрашенные темы. Об известных предметах, знакомых людях, ситуациях думается редко. “Это не трудно, но не свойственно”, - так сформулировал своё мнение один студент. Оказалось, что и на занятиях студентам легко говорить о вымышленных, либо описанных ситуациях, людях, событиях. Описание же своего конкретного чувственного опыта всегда вызывает затруднение. Рассказ о конкретном знакомом лице, о своём проведённом дне, поездке, увиденном пейзаже или спектакле – обычно бывает более редуцированным, менее глубоким и выразительным, чем рассуждения на отвлечённые темы. Можно высказать предположение, что наглядно-чувственное мышление, т.е. сопровождение вербального мышления наглядными образами, по какой то причине оказывается заторможенным или недостаточно развитым.

Такого положения вещей мы не наблюдаем на родном языке. Известно, что конкретное мышление вообще является более ранней генетической категорией и служит как основой познания мира посредством языка, так и базой абстрактного мышления. Во всякое мышление включаются более или менее наглядные чувственные образы, взаимосвязь понятия с представлением особенно явственно выступает в моменты затруднений. Встречаясь с трудностями, протекающая в понятиях мысль часто обращается к представлениям, испытывая потребность “сличать мысль и вещи”, привлечь наглядный материал, на котором можно было бы непосредственно проследить мысль. В условиях же субординативного билингвизма сознание, по-видимому, демонстрирует другую закономерность: чем абстрактнее тем меньше затруднений. Возникает вопрос: быть может иноязычная лексика, выражающая абстрактные понятия, усвоена студентами прочнее, чем лексика, называющая конкретные предметы или явления?

Очевидно, при изучении лексики важно не только познакомиться со значениями слов, но и сформировать связь между словами иностранного языка и окружающим реальным миром вещей и отношений. Последнее возможно в условиях естественного общения на изучаемом языке. Но во время учебы в институте студенты почти не общаются на изучаемом языке: им некогда, они изучают язык! Изучение заключается в том, что аналитически усваиваются значения новых слов и на занятиях пересказываются прочитанные страницы. Отсюда и схоластическое отношение к словам иностранного языка. Общение же на иностранном языке в естественных условиях, т.е. не в учебной аудитории, потребует от студента выражение мыслей, связанных с актуальной ситуацией, т.е. привяжет слова к реальным событиям. При современном положении у студентов не вырабатываются привычки и потребности к общению на иностранном языке внеаудиторных занятий. На наш взгляд, долг преподавателя иностранного языка – формировать эту потребность и ориентировать студентов на систематическое общение не только в аудитории, сколько в реальных условиях, т.е. после звонка. Постоянное напоминание и требовательная забота преподавателя о выработке привычки общаться на изучаемом языке поможет студентам преодолеть психологический барьер недоверия к жизненной реальности новой кодовой системы.

ВИРУСЛИ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Имомалиева К.М., Байжанова Ш.А.
Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Кўз олдинги қаватининг патологияси офтальмология амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бўлиб, бирламчи мурожаат қилган беморлар ўртасида 45% ҳолларда қайд этилади. Шулар орасида долзарб муамолардан бири вирусли кератоконъюнктивитлардир. Бу касалликлар юқумли бўлиб, узоқ вақт давом этиши ҳамда жиддий асоратлар қолдириши мумкин. Бундан ташқари уларни нотўғри танланган вирусга қарши дори воситалари билан даволаш, нафақат касалликнинг чўзилишига, балки кўришнинг тўлиқ йўқолишигача олиб келиши мумкин. Кейинги 6-7 йил ичида мазкур касалликка чалиниш ҳоллари йил сайин ортиб бормоқда. Шунинг учун ҳам вирусли кератоконъюнктивитларни самарали даволаш орқали оғир асоратларининг олдини олиш мақсадида турли даволаш чоралари ишлаб чиқилмоқда.

Бугунги кунда вирусли кератоконъюнктивитларни даволашда окоферон, офтальмоферон, ацикловир ва бошқалар кенг қўлланилмоқда. Вирусга қарши воситалар ичида “Виростав” кўз томчиси ҳам амалиётда кенг қўлланилаётган замонавий дори воситаларидан бири бўлиб, кўзнинг турли касалликларини комплекс даволашда етарлича самарага эга.

Тадқиқот мақсади: Вирусли кератоконъюнктивитларни комплекс даволашда “Виростав” дори воситасининг самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқот материали ва усуллари: “Виростав” кўз томчисининг самарадорлиги вирус этиологияли кератоконъюнктивитлар билан оғриган 20 нафар беморда ўрганилди. Барча беморларда умумофтальмологик текшириш усуллари (визометрия, биомикроскопия, ён томондан ёритиш усули)

ҳамда махсус усуллардан иммунофермент таҳлил (кўз ёши суюқлигида ўтказилди) ва шох праданинг сезувчанлиги яъни альгезиметрия усуллари қўлланилди.

Беморлар 2 та гуруҳга тақсимланди: асосий ва назорат гуруҳларига. Комплекс даволаш схемасига Виростав кўз томчиси (0,1%-10,0) қўшилган 10 нафар бемор асосий гуруҳни, комплекс даволаш схемасига Окоферон дори воситаси (0,1%-5,0) қўшилган 10 нафар бемор назорат гуруҳини ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари: Иккита гуруҳ беморларида ҳам мурожаат қилган вақтларида шох парданинг таъсирчанглиги: қизариш, шиш, ёруғликдан қўрқиш, кўзнинг ёшланиши каби симптомлар аниқланди. Иккита гуруҳда ҳам конъюнктивадан йирингли ажратмалар ажралиши аниқланмади. Даволаш самарадорлиги комплекс баҳоланди: клиник – касаллик аломатларининг йўқолиши ва лаборатор – вируслар репликацияси даражасининг камайиши. Даволашдан 10 кун ўтгач 7 (70,0%) асосий гуруҳ беморларида касаллик клиник белгиларининг тўлиқ йўқолиши, 3 (30,0%) беморларда маҳаллий жараённинг яхшиланиши – енгил қизариш ва камроқ қичишишдан ташқари белгиларнинг йўқолиши кузатилди. Улар ҳам бир ҳафталардан кейин симптоматик даволаш натижасида йўқолди. Назорат гуруҳида ҳам даволаш самарадорлиги юқори бўлиб, даволашнинг 10-кунидан бошлаб 8 (80,0%) нафар беморда клиник тузалиш кузатилди. Шуни алоҳида таъкидлаш зарурки, назорат гуруҳидаги беморлар даволанишда иқтисодий жиҳатдан қийинчилик сезилгани ва дорини тайёрлаш тартибига мунтазам риоя қила олмаганликларини айтишди.

Хулоса: Шундай қилиб, вирусли кератоконъюнктивитларни комплекс даволашда “Виростав” дори воситасининг қўлланилиши натижасида 70,0% тўлиқ тузалиш, 30,0% ҳолларда эса маҳаллий патологик жараённинг яхшиланиши ва кейинчалик тўлиқ тузалиши кузатилди. Ўтказилган тадқиқот натижаси шуни кўрсатдики, “Виростав” тайёр дори воситаси сифатида қўллаш учун қулай бўлган, ҳажмининг кўплиги боис узоқ муддатга етадиган ва шу боис иқтисодий жиҳатдан самарали бўлган маҳаллий дори воситаси сифатида вирусли кератоконъюнктивитларни комплекс даволашда амалиётда кенг қўлланилиши мумкин.

ANALYSIS OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN STUDYING IN SCHOOL №40 OF BAGHDAD DISTRICT

Isakova N.R., Mahmudova X.T.
Fergana Public Health Medical Institute

Relevance: It is known that one of the important indicators of the human body is its physical development, which studies the morphological and functional parameters that form the basis of a holistic and multifaceted assessment of health. One of the most pressing issues in age-related morphology is the study of growth and body weight in children and adolescents of different ages. Physical development reflects the growth and developmental processes of the body at certain stages of ontogeny when genotypic data are phenotypically manifested under the influence of environmental factors.

It is also recognized that anthropometric indicators at different ages are significantly dependent on climatic-geographical factors as a multifactorial process. Accordingly, environmental factors affecting the physical development of children and adolescents require the study of each organism individually and across regions, depending on the lifestyle, health status. It is known that the physical development of children is significantly affected by climate, living conditions, schedule, nature of eating, the diseases experienced. According to the authors, the level of physical development of children is also affected by hereditary factors, the type of constitution, the intensity of metabolism, the body's endocrine background, the activity of blood enzymes and digestive glands.

Assessment of physical development in different age groups was limited to the use of anthropometric indicators, measurements of height and body weight, but data from a comprehensive study of the effects of colostasis on pediatric anthropometric indicators in colonic disease were insufficiently covered. Therefore, the development of standards for the physical development and sexual maturity of children in different regions, including our country, is of great importance for medicine. The standards being developed require frequent updates depending on the acceleration process and the somatic development of the child.

A number of scientific studies on anthropometry have been conducted, but the effect of constipation on anthropometric performance in children, which is very common in diseases of the colon, is one of the current problems of medicine today. Identifying and evaluating these changes, systematizing them is important in the health status and development of today’s growing younger generation.The purpose of the study: To study and analyze the anthropometric indicators of children in school 40 in Baghdad district.

Results: In Phase 1 of the study, children’s body mass index was determined based on their height and body weight. The results were compared with the norm. In stage 2, children under 18 years of age with abnormalities in age and gender were observed in the dynamics. Concentrations include 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 toe length, left and right foot length. , left and right thighs and calf circumference

were measured. The health map of children, which includes anthropometric indicators, has been developed. Anthropometric measurements of the studied children were performed in the medical points of this school with the participation of a doctor and a nurse. The results of the anthropometric indicators obtained from 200 children observed in the dynamics were analyzed as follows. In a total of 12.09% of the children surveyed (including 5.93% boys and 6.16% girls), anthropometric values were found to be below normal. When the cause of anthropometric indicators was below the norm, it was found that 37.05% of them (including 24.01% girls and 13.04% boys) suffered from constipation.

Conclusion of the study: Constipation caused by various diseases of the colon (colitis, Grishprung's disease, dysbacteriosis, dolichosigma and other diseases) that occur in children has a negative impact on the anthropometric performance of children.

THE STATE IN RELATIONS OF THE MICROBE WITH - AN ANTIBIOTIC

Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.
Andijan State Medical Institute

Antibiotics are major medicines in the treatment of infectious diseases. Success of antibacterial therapy depends on a correct choice of antibiotic. Often, many clinicians in most cases apply a standard, well-established pattern, which leads in some cases, treatment failure. In each case, the choice of antibiotic should be carried out individually, taking into account the influence of various factors on the part of the microorganism, and by the causative agent. Selection of an appropriate antibiotic is possible only if the alleged isolation of the pathogen.

Continuously extending possibilities of application of antimicrobial preparations face a number of serious problems. The most important of them is inefficient and unnecessarily (inadequate) use of antibiotics, which leads to the selection of antibiotic resistant strains of microorganisms

Surveillance of antibiotic resistance is based on microbiological diagnosis. The results of routine microbiological laboratory work and special epidemiological studies (studies of the prevalence of infections) are necessary to monitor the resistance of pathogens to antimicrobial agents.

The main results of surveillance of antibiotic resistance are: receiving local data on antibiotic resistance of the most common infectious agents; early detection of significant trends in the development of resistance of pathogens to antimicrobial agents; timely revealing of outbreaks and epidemics of infection.

Thus, epidemiological screening of microbial resistance is a constant process of systematic data collection and analysis to quantify the prevalence of antibiotic resistance and its temporal dynamics. It allows you to get information to develop and implement more effective approaches to the treatment of infections, deter the emergence and spread of antimicrobial resistance on a local, regional, national and international level.

THE DEGREE OF SENSITIVITY TO ANTIBIOTICS OF VARIOUS STRAINS OF E.COLI

Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.
Andijan State Medical Institute

Sensitivity to antibiotics is sign of variable , and therefore requires constant adjustment.

We attempted a comparative study of the sensitivity of different origin E.coli to antibiotic invitro. The antibiotics imipenem (thienyl) and cefazolin (kefzol) have been used on for which no data on the sensitivity of infections of the urinary tract. In the experiment, 29 strains of E, coli of urinary origin (E.coli M) and 21 E.coli strain of intestinal (faecal) prois-walking (E.coli K). All strains were obtained from women of reproductive age with WHO-urinary tract infections. Identification of all strains was carried out by conventional bacteriological methods, and determining sensitivity by disk diffusion method and serial dilutions in solid medium by general adopted procedure.

It has been revealed that E.coli K is sensitive to imipenem in 92.4%, and E.coli M in 78.6% cases. Sensitivity of E.coli M and E.coli K to cefazolin was significantly less and also differ from each other - respectively 51.7% and 42.1%. Resistant strains identified within an average of 6.0-9.0% to imipenem and 25,0-40,0% to cefazolin.

In the next stage, the minimum inhibitory concentration of cefazolin and imipenem against E.coli E.coli K.Velichiny M and the minimum inhibitory concentration of imipenem against E.coli M averaged 0,3mkg / ml, and to the E.coli K 0, 2mkg / ml (1.5 fold increase) have been revealed. The minimum inhibitory concentration of cefazolin E.coli K is equal to an average of 2.5 mg / ml, and to 7.5 M E.coli ug / ml. This figure is 3.0 times larger than K. E.coli.

At the result of the study it has been found that the sensitivity to imipenem in E.coli of different origin was significantly greater than that of cefazolin at minimum inhibitory concentrations observed of the same pattern. The

degree of resistance E.coli M is much higher than E.coli K, indicates the that most pathogenic action E.coli of urinary origin in comparison with E.coli of intestinal origin.

SURUNKALI SISTIT BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA *E. COLI* NING BIOLOGIK XUSUSIYATLARINI ANIQLASH

Isanova D.T., Azizov YU.D., Axmedova D.Q
Andijon davlat tibbiyot instituti

Muayyan yosh guruhlarida (bolalar, ayollar, qariyalar) tashxis qo'yish qiyinligi, davolashda katta iqtisodiy harajatlar siydik yo'li infeksiyalariga, shu jumladan sistitlarga katta qiziqish uyg'otadi.

Tadqiqotning maqsadi - surunkali sistit bilan og'rigan fertil yoshdagi bemorlarning siydigidan ajratilgan mikroorganizmlar kulturasining ayrim biologik xususiyatlarining o'zgaruvchanligini qiyosiy o'rganish va baholash.

Tadqiqot davomida tug'ish yoshidagi 84 ayolning siydik namunalari o'rganildi.

Kulturalarning identifikatsiyasidan so'ng, *invitro* chuqurlashtirilgan tadqiqotlar o'tkasish uchun surunkali sistit bilan og'rigan ayollarning siydik namunalari ($\geq 10^5$ QHQB/ ml) dan ajratib olingan E. coli ning 14 shtammlaridan foydalanildi. Taksonomik xususiyatlarni taqqoslash uchun solishtirma yoshdagi sog'lom ayollarning najaslaridan aniqlangan E. coli 21 shtammlari ishlatilgan. Shtammlarning avlod va tur icnidagi identifikatsiyasi bir vaqtning o'zida bir xil sharoitda amalga an'anaviy bakteriologik usullardan foydalanib o'tkasildi.

Asosiy etiologik omil E. coli 82% holatlarda aniqladi, shuning uchun ushbu patogenning shtammlari keyingi tadqiqotlarga o'rganildi.

O'rganilayotgan shtammlarning umumiy gemagglutinatsion faolligini o'rganish juda muhimdir, chunki u bakteriyalarning patogenlik omillaridan biri-adgeziya bilan tavsiflanadi. Surunkali sistit kuzatilgan bemorlar siydigidan ajratilgan E. coli shtammlari (12 dan 14 shtammlari-85,7%), sog'lom ayollar najasidan ajratilgan shtammlari (5 dan 21 shtammlari -23,8%)($p<0,05$) va o'tkir sistit aniqlangan bemorlar siydigidan ajratilgan (8 dan 15 shtammlari -53,3%) shtammlaridan, umumiy gemagglutinatsiya faoliyati shtammlar miqdoriga ko'ra ustunligi aniqlandi. Surunkali sistit aniqlangan bemorlardan olingan E. coli adgezivlik faoliyatining 1,6-va 3,6-marta ustunligi, boshqa shtammlarlarga nisbatan patogenligi kuchayganligini namoyon etadi ($p<0,05$).

Bundan tashqari, sog'lom ayollarning najasi va peshobidan ajratilgan faqat mannozaresistent gemagglutininlar tutuvchi E. coli shtammlari, shuningdek, aralash mannozaresistent va mannozasezgir gemaglutininlarning sonida ishonarli farqlar aniqlandi.

Bakteriologik tadqiqotlar davomida aniqlangan faktlar E. coli tufayli kelib chiqqan fertil yoshdagi ayollarda urologik infeksiyaning paydo bo'lishi va sodir bo'lishini baholash, tashxis qo'yish, prognozlash va natijalarda katta ahamiyatga ega.

FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA TERI AUTOMIKROFLORASINI O'RGANISHNING KLINIK VA MIKROBIOLOGIK AHAMIYATI

Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.
Andijon davlat tibbiyot institute

So'nggi yillarda tananing biotiplari mikrobiosenoz holatining yetarli adekvat ko'rsatkichi-terining normal mikroflorasini (automikroflorani) baholash ekanligi to'g'risidagi ma'lumotlarga qiziqish kuchaymoqda. Bu holat, inson tanasi turli mikrob jamoalari tomonidan, bunda, har bir uning biotopi normada mikroorganizmlarining soni va ularning tarkibining ma'lum doimiyligi bilan xarakterlanadi va tananing normal mikroflorasi organizmning gomeostazını saqlashda muhim o'rin tutuvchi yagona tizimi hisoblanadi, degan g'oyaga asoslangan.

Siydik yo'llari asoratlanmagan infeksiyalari bilan og'rigan fertil yoshdagi ayollarda teri automikroflorasini o'rganish va klinik - mikrobiologik qiyosiy jihatdan baholash bizning tadqiqot maqsadimiz hisoblanadi.

Maqsadga erishish uchun fertil yoshdagi ayollarning (18-49 yil) teri automikroflorasi o'rganildi.

Teri automikroflorasini o'rganish uchun Klemparskaya N.N., Alekseeva O.G. lar 1988 -yilda tavsiya etgan "agardagi bosma iz usuli"dan foydalanildi. Buning uchun oziqli agar ("HiMedia" firmasi, Hindiston) solingan bakpechatkalar (yuzasi 7 sm2 bo'lgan steril plastik mikrokosachalar, Sankt Peterburg) ishlatildi. Tadqiqotlar ertalab o'tkazildi, teridan bosma-surtma olish uchun ayollardan qo'l terilarini yuvmaslik so'raldi, namuna olishdan oldin tekshiriluvchining qo'li yuvilmadi va artilmadi. Namunalar ikkala qo'l bilaklarining ichki tomonidan turli bakpechatkalarga olindi. Steril oziq muhitli bakpechatka qopqog'i ichiga oziq muhit solingan bo'lib, bemor yonida ochilib, shu zahoti oziq muhitli bakpechatka qopqog'i ayol bilagiga bosib olindi, bu bosma-surtma tayyorligini ko'rsatdi. Keyin qopqoq bakpechatka bilan yopilib, bakteriologik laboratoriyaga yetkazildi. Shu holicha ular termostatda (37^0S) 24-48 soatga qoldirildi. Ayollar teri automikroflorasi mikroorganizmlarning miqdoriy ko'rsatkichlari oziq muhitda ungan mikroorganizmlar koloniyalari umumiy sonini aniqlash bilan baholandi. Har bir bakpechatkadagi koloniyalar (koloniya hosil qiluvchi birlik - KHQB) sanalib, keyinhar ikkala qo'ldan olingan

natijalar qo’shildi va o’rtacha miqdor tahlil uchun olindi. Tadqiqotlar natijalarini baholash quyidagicha amalga oshirildi: “me'yor” darajasi - 20 tagacha KHQB; “oshgan” daraja - 20 tadan 100 tagacha KHQB; “yuqori” daraja - 100 tadan ortiq KHQB borligi. O’sgan koloniyalarning sifatiy ko’rsatkichi (mikroorganizmlar identifikatsiyasi) an'anaviy bakteriologik usullarda amalga oshirildi.

Olingan natijalar bemorlarda teri mikroflorasining holati bo'yicha sezilarli farqlar mavjudligini ko'rsatdi.

Tadqiqotlarda shu aniqlandiki, sog'lom ayollarda teri automikroflora o'rganish jarayonida o'sgan mikroorganizmlar miqdoriy normal darajasi oshgan va yuqori darajalariga nisbatan ustuvor deb topildi.

Bemor ayollarning teri bosimidan asosan Staphylococcus spp, Streptococcus spp va Corynebacterium spp unib chiqdi. Mikroorganizmlarning monokulturalari ularning birlashmasidan ko'ra ko’proq kuzatildi.

MIKROORGANIZMLARNING PATOGENLIGI VA VIRULENTLIGIGA TA'SIR QILUVCHI ASOSIY OMILLAR

Isanova D.T., Azizov YU.D., Axmedova D.Q
Andijon davlat tibbiyot instituti

Yuqumli jarayonning rivojlanishida patogen mikroorganizmlarning roli shubhasizdir, garchi patogenlik haqidagi tasavvur ularning ochilishidan ancha oldin paydo bo'lgan bo’lsa ham. Hozirgi vaqtda patogenlik mikroblarning yuqumli kasallikka olib kelishi mumkin bo'lgan qobiliyati sifatida tavsiflanadi.

Bakteriyalarning patogenligi muammosi har doim turli kasbiy yo’nalishidagi tadqiqotchilarning qiziqish markazida yotgan. Ehtimol, shuning uchun oxirgi 10 yillarda “patogenlik” tushunchasini sharhlashda aniq bir to’xtamga kelinmadi. Shuning uchun mikroorganizmlarning patogenligi (virulentligi)ni o’rganish mikrobiologiyada infeksion kasalliklarni keltirib chiqaruvchi har bir shtammning o’ziga xos xususiyatlarini tavsiflashda ko’mak beruvchi dolzarb yo’nalish sifatida e'tirof etilmoqda.

Patogenlikning asosiy omillarini 3 guruhiga bo'lishi mumkin:

1. Shilliq pardalarning epiteliyasi bilan o'zaro bog'liqlikni belgilovchi omillar – infektivlik.
2. Makroorganizmning gumoral va hujayraviy himoya omillariga chidamliligini belgilovchi omillar va *in vivo* da ko'payish qobiliyati – invazivlik.
3. Patologik jarayoniga olib keluvchi toksinlar va toksik mahsulotlarni ishlab chiqaruvchi omillar – toksiklik.

Patogen va shartli patogen mikroorganizmlarning shilliq pardalari epiteliyasi bilan o'zaro ta'siri adgeziya fazasidan boshlanadi.

Adgeziya asosan infeksiyaning dastlabki bosqichlari, xarakteri va yo'nalishini aniqlab beradi. Adgezivlik qobiliyatidan mahrum bo'lgan mikroblar, odatda, infeksiyani chaqira olmaydi.

Mikroorganizmlarning adgezivlik xususiyatlari antibiotiklarga ham ta'sir qiladi. Antibiotikning adgezivlik ta'sirini susaytiruvchi ta'sir mexanizmi va preparatning konsentratsiyasi, shuningdek mikroorganizmlarning adgezivlik darajasi chambarchas bog'liq, ammo mikrobning preparatga sezuvchanligiga bog'liq emas.

Ko'pgina tadqiqotchilar adgezivlikni patogenlik omillaridan biri deb hisoblashadi. Shu nuqtai nazardan, bakteriyalardagi adgezivlik kasalliklarni chaqira olish xususiyatining, ya'ni patogenlik omilining mavjudligini ko’rsatib beradi.

Invazivlik bakteriya hujayralarining turli xil fermentativ hayotiy faoliyati bilan amalga oshirilishi mumkin. Ular gialuronidaza, fibrinolizin, lesitinaza, gemolizin, gemotoksin, katalaz va boshqalarni o'z ichiga olgan fermentativ -toksik moddalar guruhini tashkil qiladi.

Shunday qilib, yuqoridagi fikrlarga asoslanib, mikroorganizmlarning patogenliginii (virulentligini) o'rganish, yuqumli kasallikni keltirib chiqaruvchilar bir shtammning undividual xususiyatlarini tavsiflash imkonini beradigan mikrobiologiya ustuvor yo'nalishlaridan biri, deb xulosa qilish mumkin.

ТУПРОҚ МУҲИТИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ИФЛОСЛАНИШ ҲОЛАТИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

Искандарова Г.Т.,Шерқўзиева Г.Ф.,Жолмурзаев А.Д.
Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Тупроқ атроф муҳитнинг асосий бир қисми бўлиб, ундаги биокимёвий, кимёвий, биологик жараёнларнинг узуликсизлиги ердаги ҳаётни таъминлайди.Ўзбекистон Республикасида иқтисодий ижтимоий ривожланишни тезлаштиришга қаратилган иқтисодиётнинг таркибий қайта қуриш,бошқариш самарали турлари ҳаётга кириб келмоқда. Атроф муҳит ҳолати устидан давлат санитария назоратини ўтказишда қўлланиладиган регламентловчи кучли қонуний ҳужжатлар яратилган, хусусан Ўзбекистон Республикасининг Конститутцияси (8 декабр, 1992 й) киритилди. Бош қомусимизда атроф муҳитни муҳофаза қилишга катта аҳамият берилган, хусусан “Ер, фойдали қазилмалар, муҳит ресурслар,

ўсимлик ва ҳайвонот дунёси умумдавлат бойлик ҳисобланиб, давлат ҳимоясидадир" (50,54,55-бандлар)."Фуқоролар саломатлигини сақлаш" ҳақидаги Қонун (1996й)нинг 12 -бандида Ўзбекистонда экологик ҳолатни яхшилашда профилактик чора тадбирлар муҳим аҳамиятга эканлиги кўрсатилган." Аҳолининг санитария эпидемиологик осойишталиги" тўғрисидаги Ўзбекистон Республикасининг Қонуни 2015 йил 15 июлда қабул қилинган бўлиб, қонунинг 21- моддасида "Кимёвий моддаларни, биологик воситаларни ва материалларни ташиш, сақлаш, қўллаш, зарарсизлантириш, утилизация қилиш ҳамда кўмиб ташлаш пайтидаги талабларда аҳолининг санитария-эпидемиологик осойишталигини таъминлаш мақсадида санитария қоидалари, нормалари ва гигиена нормативларига риоя этиш шарт"деб белгилаб қўйилган, бу бевосита тупроқ муҳитни энг асосий ва кўп ифлослантирувчи маънба ҳисобланган чиқиндиларга нисбатан қўйиладиган гигиеник талаблардир.

Тупроқ муҳитини ифлосланишдан санитария муҳофазалашда санитария қоидалари ва меъёрлари (СанҚваМ) ҳисобланиб, уларга қуйидагилар киради:"Ўзбекистон махсус табиий – иқлим шароитларида аҳоли турар жойлари тупроғини сифатига гигиеник талаблар".Ушбу меъёрий ҳужжатда тупроқ муҳитини ифлослантирувчи кимёвий моддаларнинг хавфлилик синфини аниқлаш,тупроқ муҳитида кимёвий моддаларнинг хавфлилиги бўйича классификацияси, тупроқни текшириш дастурига қўйиладиган асосий талаблар, тупроқнинг санитар-кимёвий, санитар-бактериологик, санитар-паразитологик, санитар – энтомологик кўрсаткичлари бўйича ифлосланиш даражасини баҳолаш белгилаб қўйилган." Тупроқда экзоген зарарли моддаларнинг рухсат этилган концентрацияси (РЭК) ва тахминий йўл қўйиш концетрацияси" санитария қоида ва меъёрларда ЭКМ заҳарлилик лимит кўрсаткичлари бўйича РЭК кўрсаткичлари белгилаб қўйилган. Шу билан бирга тупроқ гигиенасида умумдавлат аҳамиятга эга қуйидаги меъёрий ҳужжатлар ҳам мавжуд:" Ўзбекистоннинг махсус шароитларида турли типдаги ердан фойдаланишда тупроқнинг ифлосланиш даражасини гигиеник баҳолаш", "Ўзбекистон табиий иқлим шароитларида ер майдонларида чиқинди сувлар ва уларнинг чўкмаларини фойдаланишдаги гигиеник талаблар".

Тадқиқот мақсади: Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, биз Нукус шаҳри аҳоли яшаш жойларидаги тупроқ муҳитини бактериологик жиҳатдан ифлосланиш даражасини ўргандик.

Тадқиқот материал ва усуллари:Текширишда умумий 2018 йилда 97 та,2019 йилда эса 68та намуналар олинди ва микробиологик текширишдан ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Нукус шаҳри аҳоли яшаш жойларидаги тупроқ муҳитини 2018 йилда бактериологик кўрсаткичларга олинган намуналарнинг умумий сони 97 та (100%) бўлиб улардан 11 таси (11,3%) 2019 йилда эса умумий олинган намуналар сони 68 та (100%) улардан 15 таси (22,0%) гигиеник талабларга жавоб бермади.Олинган натижаларни биз Қорақалпоғистон Республикаси бўйича умумий олинган натижалар билан солиштирдик ва қуйидаги натижаларни олдик: 2018 йил умумий микробиологик текширишлар учун олинган намуналар сони 1179 та (100%) бўлиб, улардан 183 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган.Шундан 68 таси Нукус шаҳри аҳоли турар жойларидан олинган намуналарни ташкил этди.

Хулоса:Юқорида олинган натижалардан шуни хулоса қилиш мумкин, аҳоли яшаш минтақаси тупроғи микробиологик кўрсаткичлар бўйича меъёрларга мос келмайди, тупроқ муҳитини соғламлаштириш чора тадбирларини ўтказиш лозим. Айниқса 2019 йил микробиологик кўрсаткичлар бўйича 2018 йилга нисбатан 10,7% кўп намуналар санитария-гигиеник меъёрларга мос келмаган. Қаттиқ маиший чиқиндилар тупроқ муҳитини микробиологик жиҳатдан асосий ифлослантирувчи маънба бўлганлиги сабабли уларнинг тупроққа тўкилишининг олдини олиш ва ўз вақтида четлаштириш мақсадга муофиқ ҳисобланади.

KOMPLEKS BIRIKMALARINING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI

Kadirova Sh.A[1], Chalaboeva Z.M.[2]
O'zbekiston Milliy Universiteti[1]
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti[2]

Metallar komplekslarida markaziy atom yoki ion, bir qancha atomlar yoki ionlar bilan o'ralgan bo'lib, noorganik kimyoda, ayniqsa d- elementlar kimyosida muhim rol o'ynaydi. d- metallar kimyosida kompleks termini markaziy atom yoki metal ioni va ma'lum ligandlar o'rami tushuniladi. Ligand bu ion yoki molekula, u kompleksga bog'liq bo'lmagam holda mavjud bo'la oladi. Misol uchun, $[Co(NH_3)_6]^{3+}$, unda ion Co^{3+} oltitta ligand NH_3 bilan o'ralgan. Neytral yoki ion birikmaning hech bo'lmasa bitta kompleks ioni uchun koordinatsion birikma termini ishlatiladi. Kompleks birikmalarga $[Ni(CO)_4]$ va $[Co(MH_3)_6]C1_3$ va boshqalar misol bo'la oladi. Bunday kompleksda Luyis kilotai (markaziy atom) va yonida Luyis asosi (ligand) turadi.

Kompleks hosil bo'luvchi reaksiyalarining borish qonunlari va ularni biologik sistemalarga tatbiq qilishni bilish shifokorlar uchun juda zarur, chunki tirik organizmda boradigan ko'pchilik biokimyoviy jarayonlar kompleks birikmalar ishtirokida boradi. Xlorofill-magniyning kompleks birikmasi, gemoglobin — temirning kompleks birikmasi, B_{12} vitamini — kobaltning kompleks birikmasi va boshqalar. Metallofermentlar ham kompleks birikmalardir. Masalan, sitoxrom oksidaza va seruloplazmin — misning, karboksipeptidaza va karboangidraza fermentlari — ruhning kompleks birikmalari. Fermentativ jarayonlarning faollanishi (so'nishi) metallarning kompleks hosil qilishi oqibatida amalga

oshadi. Masalan, magniy organizmda boradigan muhim biokimyoviy jarayonlarning biri bo'lgan ATF gidrolizini katalizlaydi (kuchaytiradi). Berilliy magniy saqlovchi fermentlarni, kadmiy esa rux saqlovcni fermentlarni barqarorroq kompleks hosil bo'lishi va biometallarni siqib chiqarishi hisobiga ingibirlaydi (so'ndiradi). Kompleks hosil bo’lish jarayonlarini dorivor vositalar (preparatlar) ishlatishda xisobga olish kerak, chunki ularning ko'pchiligi biometallar uchun yaxshi ligand bo’lishi mumkin yoki tarkibida metal saqlagani holda organizmdagi bioligandlar bilan barqaror koordinatsion birikmalar hosil qilishi mumkin.

Metallarning, birinchi navbatda, og'ir metallarning, masalan simob, qo’rg’oshin, vismut, margimush va boshqalarning ortiqcha miqdorda organizmga tushishi zaharli ta'sir ko'rsatadi, bu ularning organizmdagi kislorod, azot, oltingugurt va boshqa bioelementlar saqlovchi biomolekulalar bilan kompleks birikmalar hosil qilishi oqibatidir. Bunday zaharlanishni davolash organizmga yanada barqarorroq, suvda yahshi eriydigan kompleks birikmalar hosil qiluvchi ligandlar kiritish bilan amalga oshiriladi. Bu jarayonda kompleksonlar, unitiol, dimerkaprol, penitsilamin va boshqa preparatlar (antidotlar) samarali vosita hisoblanadi.

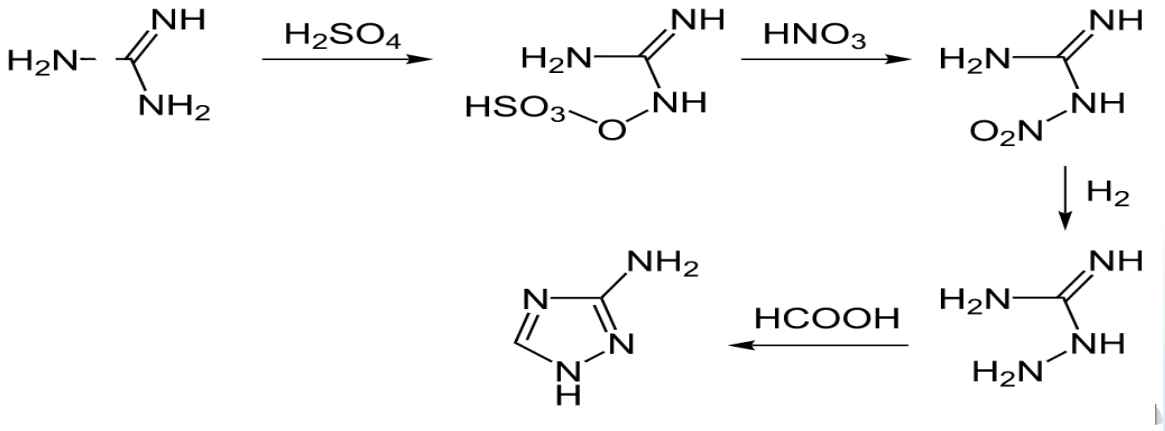
Organizmda bioelementlar taqchilligida odatda ularni ko'pincha odam organizmi uchun zaharli bo'lgan anorganik tuzlar holida emas, balki bioligandlar bilan hosil qilgan koordinatsion birikmalar holida kiritiladi. Masalan, tarkibida kobalt saqlovchi B_{12} vitamini temir saqlovchi ferrosen, gemostimulin va boshqalar shular jumlasidandir. Kompleks birikmalar tibbiyotda qator kasalliklarni davolashda ishlatiladi. Masalan, platina birikmalari rakka qarshi preparatlar bo'lib xavfli o’smalarning o'sishini sekinlashtiradi. Kupir $CuCl_2 \cdot 2B_6$ sil va gepatit kasalligini davolashda, ferramid - temirning nikotin kislota amidi bilan kompleksi bo'lib, kamqonlikning hamma turida qo’llanadi, koamid - kobaltning nikotin kislota amidi bilan kompleksi bo’lib, yopiq suyak sinishlarining bitishiga yaxshi ta'sir ko’rsatadi. Kobayit - kobaltning vitamini bilan kompleksi gepatit, kamqonlik kasalliklarini davolashda qo'llanadi.

3-АМИНО-1,2,4-ТРИАЗОЛИНИНГ АҲАМИЯТИ

Кадирова Ш.А[1], Чалабоева З.М.[2]
Ўзбекистон Миллий Университети[1]
Андижон Давлат Тиббиёт Институти[2]

3-амино-1,2,4-триазол органик бирикма бўлиб Брутто-формуласи $C_2H_4N_4$, молекуляр массаси: 84,08, қайнаш температураси 159 га тенг. Аминотриазол(АТА), 3-амино-1,2,4-триазол.У 50% сувда эрийдиган кукун шаклида мавжуд. У ўсимликларга ҳам илдиз орқали, ҳам барглар орқали кириб боради ва тезда ҳаракат қилади. Препарат яшил пластидларнинг шаклланишига тўсқинлик қилади, шунинг учун у ҳаракат қилганда оқ, пигментсиз барглар, хлоротик куртаклар ҳосил бўлади. Бу иссиққонли ҳайвонлар учун озгина зарарли (14,700 сичқон учун ЛДМ). Я.Гринштеин ва Гичинен(Рига)лар аминотриазоллар ва уларнинг ҳосилаларини тайёрлашнинг ўзига хос усулини ишлаб чиқдилар. 3-АТ, бир йиллик ўтлар, кенг баргли ва сув ўтлари билан курашиш учун озиқ-овқат бўлмаган экин майдонларида ишлатиладиган селектив бўлмаган тизимли триазол гербитсиди. У канцероген хусусиятига кўра озиқ-овқат экинларида ишлатилмайди. 3-амино-1,2,4-триазолнинг бир қанча номлаш мумкин; амизол, аминотриазол ёки амитрол деб номланади.

Амитрол гуанидиндан синтезланади.



Гуанин реаксияга аввал сулфат кислота иштирокида гуанидин сулфат ва кейин нитрат кислота иштирокида нитрогуанидинин ҳосил қилинади. Нитрогуанидин аминогуанидин билан водородланади, у формик кислота билан ўзаро таъсирлашгандан сўнг циклга айланиб, амитрол олинади. Амитрол озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш учун мўлжалланмаган қуруқликдаги кенг баргли ўтларга қарши гербитсид сифатида ишлатилади. Амитролдан бир неча йиллар олдин ҳамиртуриш ишлаб чиқаришда фойдаланиб келинган.

Чунки гистидин синтезининг олтинчи реакциясини катализатсиялаш учун ферментни кодловчи HIS3 ген плазмиди ўз ичига олган хамиртуруш ҳужайралари 3-АТ билан (хамиртурушнинг ўзида HIS3 гени мавжуд эмас ёки ишламайди) ҳужайраларни сақланиб қолишига олиб келади. HIS3 ген експрессионининг юқори даражаси хамиртуруш таркибида 3-АТ миқдори юқори бўлган муҳитда омон қолишга имкон беради. У каротеноид биосинтези йўлида пигментлар, аниқроғи ликопен сиклаза синтезини ингибитсиялашда ишлатилган. Илгари, цитокинларнинг синтезини бузиши, шу билан илдиз ўсишига ҳам таъсир кўрсатиши кузатилган. Энг машҳур версияси шундаки, амитрол ўсимликлар, бактериялар ва замбуруғларда гистидин биосинтезининг олтинчи босқичини катализловчи фермент бўлган имидазол глитсерол фосфат дигидротазанинг рақобат бардош ингибитциясини таъминлайди. Баъзи Эвропа Иттифоқи мамлакатларида амитрол ўсимликларни ҳимоя қилиш воситаси сифатида руҳсат этилган.

Триазолларнинг ҳосилалари турли таъсирга эга биологик фаол моддалар сифатида ишлатилади, антибактериал, нейролептик, гипотензив ва антиспазмотик фаолликка эга, юрак фаолиятини рағбатлантиради. Улар оптик парлатгичлар, плацификаторлар, коррозия ингибиторлари, гербитсидлар (Азафенидин) ва катализаторлар ишлаб чиқариш учун оралиқ моддалар сифатида органометалик комплексларда лигандлар сифатида ишлатилади.

KOMPLEKS BIRIKMALARINING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI

Kadirova Sh.A[1], Chalaboeva Z.M.[2]
O'zbekiston Milliy Universiteti[1], Andijon Davlat Tibbiyot Instituti[2]

Metallar komplekslarida markaziy atom yoki ion, bir qancha atomlar yoki ionlar bilan o'ralgan bo'lib, noorganik kimyoda, ayniqsa d- elementlar kimyosida muhim rol o'ynaydi. d- metallar kimyosida kompleks termini markaziy atom yoki metal ioni va ma'lum ligandlar o'rami tushuniladi. Ligand bu ion yoki molekula, u kompleksga bog'liq bo'lmagam holda mavjud bo'la oladi. Misol uchun, $[Co(NH_3)_6]^{3+}$, unda ion Co^{3+} oltitta ligand NH_3 bilan o'ralgan. Neytral yoki ion birikmaning hech bo'lmasa bitta kompleks ioni uchun koordinatsion birikma termini ishlatiladi. Kompleks birikmalarga $[Ni(CO)_4]$ va $[Co(MH_3)_6]C1_3$ va boshqalar misol bo'la oladi. Bunday kompleksda Luyis kilotai (markaziy atom) va yonida Luyis asosi (ligand) turadi.

Kompleks hosil bo'luvchi reaksiyalarining borish qonunlari va ularni biologik sistemalarga tatbiq qilishni bilish shifokorlar uchun juda zarur, chunki tirik organizmda boradigan ko'pchilik biokimyoviy jarayonlar kompleks birikmalar ishtirokida boradi. Xlorofill-magniyning kompleks birikmasi, gemoglobin — temirning kompleks birikmasi, B_{12} vitamini — kobaltning kompleks birikmasi va boshqalar. Metallofermentlar ham kompleks birikmalardir. Masalan, sitoxrom oksidaza va seruloplazmin — misning, karboksipeptidaza va karboangidraza fermentlari — ruhning kompleks birikmalari. Fermentativ jarayonlarning faollanishi (so'nishi) metallarning kompleks hosil qilishi oqibatida amalga oshadi. Masalan, magniy organizmda boradigan muhim biokimyoviy jarayonlarning biri bo'lgan ATF gidrolizini katalizlaydi (kuchaytiradi). Berilliy magniy saqlovchi fermentlarni, kadmiy esa rux saqlovcni fermentlarni barqarorroq kompleks hosil bo'lishi va biometallarni siqib chiqarishi hisobiga ingibirlaydi (so'ndiradi). Kompleks hosil bo'lish jarayonlarini dorivor vositalar (preparatlar) ishlatishda xisobga olish kerak, chunki ularning ko'pchiligi biometallar uchun yaxshi ligand bo'lishi mumkin yoki tarkibida metal saqlagani holda organizmdagi bioligandlar bilan barqaror koordinatsion birikmalar hosil qilishi mumkin.

Metallarning, birinchi navbatda, og'ir metallarning, masalan simob, qo'rg'oshin, vismut, margimush va boshqalarning ortiqcha miqdorda organizmga tushishi zaharli ta'sir ko'rsatadi, bu ularning organizmdagi kislorod, azot, oltingugurt va boshqa bioelementlar saqlovchi biomolekulalar bilan kompleks birikmalar hosil qilishi oqibatidir. Bunday zaharlanishni davolash organizmga yanada barqarorroq, suvda yahshi eriydigan kompleks birikmalar hosil qiluvchi ligandlar kiritish bilan amalga oshiriladi. Bu jarayonda kompleksonlar, unitiol, dimerkaprol, penitsilamin va boshqa preparatlar (antidotlar) samarali vosita hisoblanadi.

Organizmda bioelementlar taqchilligida odatda ularni ko'pincha odam organizmi uchun zaharli bo'lgan anorganik tuzlar holida emas, balki bioligandlar bilan hosil qilgan koordinatsion birikmalar holida kiritiladi. Masalan, tarkibida kobalt saqlovchi B_{12} vitamini temir saqlovchi ferrosen, gemostimulin va boshqalar shular jumlasidandir. Kompleks birikmalar tibbiyotda qator kasalliklarni davolashda ishlatiladi. Masalan, platina birikmalari rakka qarshi preparatlar bo'lib xavfli o'smalarning o'sishini sekinlashtiradi. Kupir $CuCl_2 \cdot 2B_6$ sil va gepatit kasalligini davolashda, ferramid - temirning nikotin kislota amidi bilan kompleksi bo'lib, kamqonlikning hamma turida qo'llanadi, koamid - kobaltning nikotin kislota amidi bilan kompleksi bo'lib, yopiq suyak sinishlarining bitishiga yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Kobayit - kobaltning vitamini bilan kompleksi gepatit, kamqonlik kasalliklarini davolashda qo'llanadi.

TIBBIYOT XODIMLARINING PROFESSIONAL TILI SIFATIDA LOTIN TILI

Karimova M.I., Uraimjonov Sh. D.
Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Tibbiy kasblarning ortib borayotgan murakkabligi kelajakdagi tibbiyot xodimlari va shifokorlarning ta'lim darajasiga bo'lgan talabni oshiradi. Lotin tili va tibbiy terminologiya fani o'rta va oliy o'quv yurtlarida har qanday tibbiy mutaxassislik o'qitishning ajralmas qismidir. Ushbu mavzuni 1-bosqichda o’rganish o'rta kasb-hunar va oliy ta'lim talabalarini tayyorlashga va terminologik jihatdan savodli o'rta tibbiyot xodimini yoki shifokorni shakllantirishga yordam beradi.

Tibbiyot sohasida kelajakdagi mutaxassislarni tayyorlashda lotin tilini o'rganish katta ahamiyatga ega. Tibbiyot ta'limining birinchi yilida talabalar lotin tilida maxsus tushunchalar bilan tanishadilar. Shuning uchun lotin tilini nafaqat eng qadimgi madaniyatlardan biri sifatida, balki shifokor yoki tibbiyot xodimining amaliy faoliyatida zarur bo'lgan til sifatida o'rganishga alohida e'tibor berish kerak.

Zamonaviy dunyoda har qanday o'qimishli kishi reklama plakatlarida, jurnallarda, gazetalarda, varaqalarda, televideniyeda, internetda va sog'liqni saqlash muassasalarida bukletlarda mavjud bo'lgan cheksiz ko'p shartlarni tushunishi kerak.

Bu aksariyat hollarda tibbiy atamalar bilan bog’liq. Ayniqsa, tibbiyotda mavjud bo'lgan turli tushunchalarni anglash buning uchun lotin tilini bilish kerak, chunki u tibbiyot va farmatsevtika sohasida mutaxassislarni tayyorlashda katta ahamiyatga ega, kundalik ishlarda - kasalliklar, anatomik va klinik atamalar, dorivor xom ashyo nomlari, retseptlar, kimyoviy birikmalar nomlari xalqaro nomenklaturasida qabul qilingan botanika atamalari qo’llaniladi.

Odatda shifokor, hatto professional mavzuda o'zbek tilida gapirsa ham, lotin tilidagi so'zlarning 60% dan ko'proq foydalanadi. Va bu ajablanarli emas, chunki turli fanlarning terminologiyalari, jumladan, nisbatan yaqinda paydo bo'lgan terminlar lotin tilidan so'z birikmalarini faol jalb qilish orqali to'ldirilishda davom etmoqda .

Barchamiz kamida bir marta dorixonada dori-darmon yoki tibbiy atributlarni sotib olganmiz yoki shifokorga murojaat qilganmiz. Har qanday dori-darmon, shuningdek, asosiy dori-darmonlardan tashqari, lotin nomiga ham ega. Tibbiy ta'lim muassasasining har bir talabasi lotin tilidagi barcha organlar va suyaklarning nomini va ko'plab tibbiy atamalarning nomini biladi.

Lotin tilining ildizlari qadim zamonlarda Apennine yarim oroli "Lazium"ning kichik hududida yashovchi va Rim shahrini asos solgan jangari lotinlar qabilasi tarixiga borib taqaladi. Bu qabila tili faqat lotin edi. Qonli urushlar natijasida Makedoniya, Misr, Suriya va Gretsiya, Bolqon yarim orolining shimolida, Shimoliy Afrika, Gallia, Buyuk Britaniya va boshqa bir qator yerlar bu sohaga qo'shildi. Qadimgi Rimning kuchi ortib bordi, u bilan birga til ham keng tarqaldi. Lotin tili yuksak madaniyatning namoyishi bo'lib, inson maqomini ta'kidladi. Katta imperiyaning butun hududida lotin tili rasmiy, davlat tili edi. Lotin tili ham huquqshunoslik, diplomatiya, katolik cherkovi va adabiyotning tili edi. Vaqt o'tishi bilan lotin tili asta-sekin yunon tilidan chiqib keta boshladi. Lotin tilida ko'plab yunoncha so'zlar paydo bo'ldi. Bu yerda yunon va lotin tillarining yaqin o'zaro aloqasi hosil bo’ldi. Hozirgi vaqtda lotin tilini o'rganish o'rta shifokor va tibbiyot xodimini tayyorlashda katta ahamiyatga ega, chunki u lotin-yunon kelib chiqishining tibbiy shartlarini o'zlashtirishi va tushunishiga yordam beradi, bu bilan kelajakda shifokor uchrashib, uning amaliy faoliyatida foydalanadi.

Tibbiy atamalar-anatomik, klinik, farmatsevtika-bu asosan lotin-yunon tilidagi so'zlardir.

Lotin tili bugungi kunda o'lik deb hisoblansa-da, u har bir shifokorning ishining ajralmas qismi hisoblanadi. Ayrim lotin so'zlari davolash, tashxis qo'yish va inson salomatligi masalalari bilan bog'liq.

Lotin tilini bilmasdan anatomiya, farmakologiya, klinik fanlar kabi fanlarni o'rganish mumkin emas. Hatto "sog'lom odam va uning atrofidagilar" kabi lotin tiliga aloqador bo'lmagan intizomlarda ham lotin so'zlaridan tashkil topgan juda ko'p atamalar mavjud.

Farmakologik terminologiyaning nazariy va amaliy asoslarini o'rganishda lotin tilini bilish juda muhimdir. Umumiy retsept-farmakologiya asosiy qismi dori tarkibi, nomlari, tayyorlash va berish usullari lotin chiqarilgan. Shuning uchun, lotin tilining grammatikasining asosiy shartlari va asoslarini bilmasdan farmakologiyani muvaffaqiyatli o'rganish mumkin emas. Kelajakdagi shifokorlar va tibbiyot xodimlari uchun bu bilimlar ish uchun zarurdir: lotin tilini bilmasdan, dorixonalarda, tez tibbiy yordam stantsiyalarida, shifoxonalarda va poliklinikalarda, asosan, lotin va yunon terminologiyalaridan tashkil topgan kasalliklar, asboblar, tadqiqot usullari nomlari shifokorlar va tibbiyot xodimlarining bilimining majburiy asoslari bo'lgan dori vositalarini bilish mumkin emas. Talaba uchun lotin tilida olingan bilimlarning qanchalik tushunarli va o'rganilishi ularning kelajakdagi kasbiyligiga bog'liq.

Shunday qilib, lotin tili shifokorlar va tibbiyot xodimlarining professional terminologik va kontseptual tilining asosi hisoblanadi.

Tibbiy atamalarni to'g'ri tushunish va ulardan foydalanish uchun lotin tilidagi tibbiy terminologiyaning asoslarini o'rganish kerak va ular asosiy tibbiy atamalarni, grammatik elementlarini va so'z shakllanishi tamoyillarini amaliy o'rganish orqali talabalarni o'qitishda birinchi yiliga qo'yilishi kerak.

Talabaning o'qishga bo'lgan vakolatli yondashuvi va uning mustaqil ishi lotin tilini o'rganish vaqtini kengaytiradi va uni o'quv tsiklining boshqa fanlarini o'rganishga yordam beradi.

ANALYSIS OF PHYSICAL AND SEXUAL CHARACTERISTICS PUBERTAL AGE BOYS IN THE NAMANGAN REGION

Kaxarov Z.A., Abduraximov A.X., Mirzakarimov B.N.
Anatomy and clinic anatomy department
Andijan medical institute, Uzbekistan

Relevance. Puberty is a critical development period for the establishment of a mature reproductive system as well as the achievement of adult levels of reproductive hormones. Therefore, monitoring the changes during puberty may provide an indication of the degree of reproductive development in boys and their fertility later in life. Data on anthropometric characteristics and sexual development in pubertal children in Namangan have, to our knowledge, not been published before. Considering the multitude of social impacts due to lifestyle as well as environmental impacts, there is a need for such local reference data among these populations. There are also few studies available in the literature and none in Namangan that have investigated the changes in physical dates during pubertal development of children. The timing of growth and sexual maturation during puberty may differ in different population due to differences in genetic, socio-economic and environmental factors. There is currently no date on growth and sexual maturation among pubertal age boys in the Namangan region.

Purpose of the study. Analysis of physical and sexual characteristics pubertal age boys in the Namangan region.

Methods. School boys aged 9-16 years living in Namangan region where involved on research. Assessment of sexual maturity using Tanner stages, height, weight and BMI measurements. Height and weight were recorded using a calibrated scale according to standardized methods, and body mass index (BMI) was calculated. The Sexual Maturation Rating was recorded according to 5 Tanner Stages. Testicular volume was assessed using a standardized set of wooden testicular beads, and further examinations were conducted to assess for the presence of genital scars, penis and testicular abnormalities such as congenital hydroceles, undescended testes, congenital inguinal hernias and hypospadias.

Results. Analysis between Tanner Stage and anthropometric variables shows that height and weight all increased significantly by Tanner Stage, but height did not increase significantly between Tanner Stage 4 and Tanner Stage 5. The only significant increase in BMI was between Tanner Stages 2 and 3. Coincidently, the most significantly growth in height and weight was also found in between Tanner Stages 2 and 3, with the increase of 13.5 cm in height, and 11.5 kg increase in weight. This indicated that the most rapid period of pubertal growth lies between Tanner Stage 2 and stage 3 which corresponds to an age of 12 to 13 years among the Namangan region pubertal age boys.

ТОЛЩИНА СЛОЕВ ЗРИТЕЛЬНОЙ КОРЫ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Н.К.Курбанова, Х.М. Алиев.

Цель работы. Изучить морфометрические показатели роста толщины слоев зрительной коры затылочной доли головного мозга человека в постнатальном онотогенезе.

Материалы и методы. Проведены морфометрические исследования при помощи окуляр-микрометра МОБ-1-16, микропрепаратов окрашенных по Нисслю головного мозга - полей 17, 18 и 19 затылочной доли (плодов 10 месяцев, от рождения до 90 лет старческого возраста) без заболеваний центральной нервной системы .

Результаты исседований. Морфометрические исследования показали, что толщина 1 слоя зрительной коры головного мозга в обоих полушариях, начиная у плодов 10 лунных месяцев, увеличиваясь, достигает своего максимума к концу юношеского возраста (левого- от 217,8±29 до 398,3±2,8мкм; правого – от 215,3±2,2 до 387,2±2,4 мкм), и эта толщина в левом полушарии сохраняется до конца зрелого возраста, затем в пожилом и старческом возрастах существенно не изменяется, а в правом – также до конца 1 зрелого возраста остается неизменной. Начиная со второго зрелого возраста, уменьшаясь, становятся наименьшей в старческом возрасте (до 336,2±3,4мкм). Толщина 1слоя коры в обоих полушариях от рождения до конца юношеского возраста увеличивается более, чем в 1,8раза, затем в старческом возрасте уменьшается в правом полушарии в 1,15раза, в левом остается почти неизменной.

Толщина II слоя зрительной коры головного мозга человека в левом полушарии в постнатальном онтогенезе, увеличиваясь наибольшей, становится к концу юношеского возраста (от 116,4±2,2 до 169,3±2,7 мкм), в правом - к концу первого детства (от 113,5±2,4 до 158,3±2,7 мкм), а в последующих возрастах – эта толщина слева уменьшается в 1,2 раза, справа –в 1,15

Данные показали, что толщина III слоя зрительной коры в обоих полушариях после рождения уменьшаясь, наибольшей становится к концу юношеского возраста, (левого от 222,4±2,1 до 317,6±2,2 мкм, правого –от 233,0±2,3 до 319,7±2,4 мкм), а в последующих возрастах мало изменяется

Исследования показали, что толщина IY слоя в левом полушарии после рождения, увеличиваясь достигает своего максимального выражения к концу первого зрелого возраста (от 132,3±2,1 до 232,3±3,2мкм), в правом концу юношеского возраста (от 134,3±2,1 до 254,8±3,2мкм), а в последующих возрастах –эта толщина уменьшается, особенно слева. Рост толщины слоя IYзрительной коры головного мозга человека наиболее интенсивно происходит слева –в грудном, в раннем и в первом зрелом возрастах, справа –в период новорожденности, в первом и втором детствах и юношеского возрасте.

Результаты морфометрического исследования показали, что толщина Y слоя в обоих полушарии от рождения до конца первого зрелого возраста утолщаясь, становятся наибольшей (правого – от 161,2±2,1 до 504,3±3,2 мкм; левого- 159,3±2,0 до 492,3±2,7 мкм), а в последующих возрастах мало изменяется.

Исследования показали, что толщина YI слоя после рождения утолщаясь, наибольшей становится к концу юношеского возраста (левого- от 112,3±2,2 до 172,5±2,3 мкм; правого- от 114,2±2,3 до 179,1±2,1 мкм) а в последующих возрастах существенно не изменяется. При этом толщина этого слоя зрительной коры увеличивается слева в 1,5раза, справа в 1,6 раза, и наиболее интенсивный рост толщины наблюдается в левом полушарии в раннем, особенно в юношеском возрасте, в период новорожденности, во втором детстве и юношеском возрасте.

Толщина YII слоя зрительной коры в обоих полушариях от рождения до конца юношеского возраста увеличиваясь, достигает своего пика (левого- от 123,6±1,4 до 187,3±3,4 мкм; правого- от 119,7±2,1 до 193,7±2,1 до 193,5±3,1), затем уменьшаясь, наименьшей становится старческом возрасте (левого- до 173,1±2,8; правого –до 174,9±1,5мкм).

При этом толщина YII слоя после рождения увеличивается слева в 1,5 раза, справа – в 1,6 раза, и наиболее интенсивной рост указанной толщины отмечается в левом полушарии в первом детстве и юношеском возрасте, в правом – период новорожденности, в первом детстве, в подростковом и юношеском возрастах.

Выводы.1. Толщина 1 и II слоя коры в обоих полушариях от рождения до конца юношеского возраста увеличивается более, чем в 1,8раза, затем в старческом возрасте уменьшается в правом полушарии в 1,15раза, в левом остается почти неизменной.

2. По данным морфометрических исследований, наиболее интенсивный рост толщины III слоя в левом полушарии мозга наблюдается в период новорожденности и в грудном возрасте, в правом- в грудном и раннем возрастах и в первом детстве.

3. Наиболее интенсивный рост толщины Y слоя отмечается в левом полушарии - в период новорожденности, в грудном возрасте, особенно в 1 зрелом возрасте, в правом – в период новорожденности, в раннем, особенно в 1 зрелом возрасте.

О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ У ЖИВОТНОГО РАЗНОГО ВОЗРАСТА, ПОТРЕБЛЯВШИХ РАСТВОР РАЗЛИЧНЫХ КСЕНОБИОТИКОВ

Н.К.Курбанова[1], А.К.Кулкараев[2]
[1.] Андижанский государственный медицинский институт
[2]Ташкентская медицинская академия

Экологические неблагополучия, сложившееся в зоне Приаралья в результате сокращения акватории Аральского моря, влияет отрицательно на здоровье населения. Согласно данным литературы, в этих условиях повысились соматические и инфекционные патологии, увеличилась смертность от онкологических заболеваний и туберкулёза. На основании этого мы провели исследования, цель которых – поиск веществ, способных оказать положительное влияние на организм.

Эксперименты на крысах разного возраста показали, что потребление в течение 20 дней раствора ксенобиотиков, содержащихся в почве и воде высохшего дна Аральского моря, вызвало ряд изменений в организме опытных животных: снизилась масса неполовозрелых особей, отмечено торможение интенсивности глюконеогенеза в печени и нарастание содержания в ней гликогена. Помимо того, у опытных животных определяли потребление кислорода. Полученные результаты показали, что у крыс, независимо от возраста, этот показатель достоверно снижался. Полученные факты дали основание использовать некоторые химические вещества, которые, по данным литературы, улучшают обмен веществ и физиологические состояния организма. Поэтому в специальной серии исследований в раствор ксенобиотиков мы добавляли селенит натрия – 0,75мг, гидрокарбонат натрия – 20,0 мг и йод 0,80 мг из расчета на 100 г массы животного.

Результаты опытов свидетельствуют о том, что смесь этих препаратов на фоне обычного рациона питья и питания не влияет на исследуемые показатели. Добавление их к раствору ксенобиотиков тормозит прирост массы неполовозрелых и не влияет на старых животных.

У взрослых и старых крыс масса и интенсивность глюконеогенеза остаются на уровне контрольных животных, а потребление кислорода не изменяется. Таким образом, смесь исследованных нами препаратов, в сочетании с раствором ксенобиотиков оказывает некоторые положительное влияние не только на не достигших половой зрелости, но и на старых животных.

ЭКОЛОГИК МУҲИТ ВА САЛОМАТЛИК

Н.Қ.Қурбонова, М.Р.Мамадиев, К.Аманов, Т.С.Сайдуллаев, К.Т.Мўминова, Д.Д.Юнусова
Тиббий биология ва гистология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Кейинги даврларда биология ва тиббиёт фанларининг ривожланиши туфайли шу нарса аниқландики, инсонларда учрайдиган касалликларнинг экологик аспектлари унинг келиб чиқишларига кўра хилма-хилдир. Буларни икки тоифага ажратиш мумкин.

Биринчи тоифа касалликларига организмдаги нормал ҳаёт фаолиятининг бузилиши ва патологик жараёнлар сабаб бўлади. Бу инсонни ўраб олган ташқи муҳитдаги ҳар хил омилларнинг ўзгариши туфайли содир этилади. Инсон организмида вужудга келадиган кўпчилик патологик ҳолатларнинг тарқалиши – унинг географик жойлашувига, иссиқликнинг ҳамда ультрабинафша нурларининг таъсирига боғлиқдир.

Иккинчи тоифадаги касалликларнинг қўзғатувчиси ташқи муҳитдаги биотик компонентлардир, булар ўзларида экологик агентларни патоген микроорганизмлар шаклида сақлашлари мумкин (бактериялар, вируслар, замбуруғлар).

Касалликларнинг шундай катта гуруҳи борки, булар организм ва айрим органларнинг ташқи муҳит шароитларига мослаша олмаганлиги сабабли пайдо бўлади. Бунинг исботи сифатида кейинги даврда Оролбўйи ҳудудида яшайдиган аҳоли ўртасида, айниқса аёлларда тарқалаётган камқонлик (анемия), саратон (рак), ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларининг пайдо бўлишини айтиб ўтиш зарур.

Ҳозирги даврда Орол бўйида содир этилган экологик фожиаларни аёлларнинг репродуктив ҳолатига ва болаларнинг саломатлигига салбий таъсири ортиб бормоқда. Бунинг оқибатида туғма юрак касалликлари, аллергик касалликлар тез суръатлар билан ортмоқда. Бу ерда ташқи муҳит шароитлари шунчалик ўзгарганки, унинг ҳозирги ҳолатига инсонлар организми мослаша олмаяпти.

Кейинги даврда Оролбўйи ҳудудидаги экосистемада антропоген омилларнинг таъсири туфайли содир этилган ўзгаришлар оқибатида (атмосферада туз чангларининг кўпайиши, сувнинг қаттиқлиги ошиши, ерларнинг шўрланиши, флора ва фаунасидаги ўзгаришлар) нафақат овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари, балки бошқа касалликларнинг ҳам келиб чиқиши ортиб бормоқда. Бу ерда шунга эътибор бериш керакки, табиатдаги экологик омиллар бири иккинчиси билан қанчалик ўзаро боғланган бўлса, организмдаги органлар ҳам худди шундай узвий боғлангандир.

Организмнинг бирор аъзоси вазифасини тўла бажармаса, унинг таъсири туфайли бошқа аъзоларда ҳам табиий равишда ўзгаришлар содир бўлади.

Ҳозирги даврда Оролбўйи ҳудудида яшаётган аҳолининг саломатлигини тиклаш учун биринчи навбатда, репродуктив ёшдаги аёлларнинг тиклаш зарур. Бунинг учун комплекс чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, шунингдек, болаларни она сути билан боқилишини камида икки йил бўлишини таъминлаш, шунингдек, бу ҳудуддда вужудга келган эколок фожиаларни ва уларнинг инсон саломатлигига таъсирини комплекс равишда ўрганиш шу куннинг энг долзарб муаммоларидан биридир.

Ана шу муаммолар атрофлича ўрганилиб, маълум тадбирлар ишлаб чиқилгандагина, бу ҳудудда вужудга келаётган экологик фожиаларни олдини олиш, болалар ўлимини камайтириш ҳамда инсон саломатлигини тиклаш имкониятларини яратиш мумкин.

ЎЗБЕК ТИЛИ ФАНИНИНГ ЎҚИТИЛИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ШАКЛЛАРИ

М.Қўзибоева
Ўзбек тили ва адабиёти кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Жамият ривожининг ҳар бир янги босқичи таълимни ташкил этишга ўз таъсирини ўтказади. Тиббиёт институтларида русий забон гуруҳ талабаларига ўзбек тилини ўқитишда таълимнинг бир қатор шаклларини ўз талабларидан келиб чиқиб ташкил қилиниши мақсадга мувофиқ.

Айни вақтда таълимнинг қуйидаги шакллари ажратилиб кўрсатилади:

- индивидуал;
- индивидуал – гуруҳли;
- синф – дарс;
- маъруза – семинарли;
- аудиториядан ташқари;

Улардан таълим олувчиларни қамраб олиши, таълим олувчилар фаолиятини ташкил этиши, жамоавий ва индивидуал шаклларининг нисбатлари, мустақилиги даражаси ва ўқиш жараёнига раҳбарлик қилиш хусусиятлари каби белгиларига кўра қуйидаги асосий тури истеъмолда фойдаланиб келинмоқда:

- индивидуал;

- индивидуал – гуруҳли;
- синф – дарс;
- маъруза – семинарли.

Қадим замонларда мавжуд бўлган ўқитишнинг энг қадимги шакли **индивидуал** таълим ҳисобланади. Бу орқали ҳаётий тажрибаларни аждодлардан – авлодларга узатиш ибтидоий жамиятдаёқ юзага келган эди. Ёзув пайдо бўлиши билан қавм бошлиғи турли белгилар ёрдамида ўзининг тажрибаларини кейинги авлодга узатган. Таълим берувчи ва таълим олувчиларнинг бевосита ва индивидуал алоқасига ҳозирда мисол сифатида репетиторликни кўрсатиш мумкин. Таълимни ташкил этишнинг индивидуал шакли антик давр ва ўрта асрларда ягона усул бўлган, ундан баъзи мамлакатларда XVIII асргача кенг фойдаланиб келинган.

Индивидуал таълим бир қатор **афзалликларга** эга. Унинг устунлиги ўқув фаолияти мазмуни, методи ва суратини тўла индивидуаллаштириш, аниқ бир масалани ҳал этишда унинг ҳар бир ҳаракати ва операцияларини кузатиб боришга имкон беришдан иборат. Индивидуал таълим берувчининг юқори педагогик малакага ва ўзбек тилида тиббиёт терминлари бўйича юксак билимга эга бўлишини талаб этади.

Индивидуал таълимнинг **камчиликлари**: вақтнинг тежамли эмаслиги; таълим берувчи таъсирининг чекланганлиги. (Бунда таълим берувчининг вазифаси таълим берувчига топшириқ бериш ва уни текширишдан иборат бўлади); бошқа таълим олувчилар билан ҳамкорликда ишлаш имконияти чекланганлиги (Бу таълим олувчининг ёки таълимнинг ижтимоийлашишига салбий таъсир кўрсатади); жамоада ишлаш тажрибасини шаклланмаслиги ва шу кабилардан иборатдир.

Рус гуруҳларида ўзбек тили машғулотларини ташкил этишда таълим шаклларидан унумли ва мақсадли фойдаланиш асосида талабаларда мазкур фанни мукаммал ўргатиш масаласини ҳал қилиш кўзда тутилади.

КЕЙС ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ЗАМОНАВИЙ ДАРСЛАРДА ФОЙДАЛАНИШ

М.Қўзибоева
Ўзбек тили ва адабиёти кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги замон ўқитувчисининг касбий фаолияти мураккаблиги ва кўп қирралиги иш жараёнида турли педагогик изланишларни ишлаб чиқишни тақозо этади. Талабаларни ҳар томонлама мукаммал ривожланиши учун илғор педагогик технологиялардан самарали фойдаланишни ва натижасини таъминлашни давр талаб этмоқда. Бу жараён ўқитувчидан катта маҳорат ва чукур билимни талаб этади.

Олийгоҳ талабаларининг мустақил фикрлашларини янада такомиллаштириш максадида олиб борилаётган ноанъанавий усуллар асосидаги машғулотлар ижобий самаралар бермоқда. Талабаларнинг мустақил фикрлашларини ривожлантириш учун кейс технологияларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлмоқда.

Кейс технологияларининг ***мақсади*** қуйидагилардан иборат:

- талабаларнинг муаммоли масалалар ечимини топишдаги фаоллигини тўғри баҳолашга эришиш;
- талабаларнинг муаммоли масалалар ечимини топишнинг ҳар қандай вазиятларида маълум услуб ва тамойилларга асосланишини тушуна олишларига муносабатини асослаш;
- талабаларнинг фавқулодда вазият ва шароитларда тезкорлик билан ечимни топиш борасидаги фикр юритиш даражасини аниклаш.

Технологиякейс технологияларикейс технологияларининг моҳияти ва таркибий қисмларининг мазмунини қуйидагича изоҳлаш мумкин:

Моҳияти – талабаларнинг ўз турмуш тажрибаларига назар ташлаш орқали қўйилган муаммолар ечимини излашдан иборат бўлиб, унинг ечимини топиш учун бўлган турлича нуқтаи назарлар, фикрлар, қарашлар тўқнашувини вужудга келтиришдан иборат. Бунда талабалар ўзаро фикр ва тажрибалар алмашадилар, ўзларининг, шунингдек бошқаларнинг қарашларини текшириб кўрадилар.

Таркибий қисмлари:

- талабалар ўйлайдилар, таҳлил қиладилар, мунозарада иштирок этадилар;
- улар ўз ҳаётий тажрибаларидан фойдаланадилар;
- битта ечим юзасидан баҳслашадилар;
- бошка нуқтаи назарларни қиёслайдилар.

Хулоса қилиб айтганда, талабаларни мустақил фикрлашга тайёрлашда педагогик қонуниятларни таъминлаган ҳолда, уни технологик бошқаришга илмий асосда ёндашишни тақозо этади.

ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТДА ТАЛАБАЛАР ШАХСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

М.Қўзибоева
Ўзбек тили ва адабиёти кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Ноанъанавий таълимда талабаларда ўқув предметини мустақил ўзлаштиришни шакллантириш педагогдан кўп маҳоратни талабқилади. Бу жараёнда ўқитувчи педагогик технологиялардан самарали фойдаланган ҳолда ўқув материалларини талабаларга етказади. Шу билан бирга ўзлаштирилган материаллар асосида талабаларга ўз-ўзини бошқарган ҳолда куйидагиларга алоҳида эътибор қаратилади:

- Ўқув жараёнида ўз-ўзини англаш орқали тарбияланиш, ўқиб ўрганиш устуворлик килади.
- Талабада ички мотивация ривож топади, ўқиш, ўрганишга қизиқиш ҳисси ўсиб боради.
- Талабанинг мустақил ижод қилишига шароит яратилади.
- Билим олиш онгли равишда ички интилиш ва хоҳиш асосида амалга оширилади.
- Дарс жараёни марказида талаба, унинг фикрлари, қизиқишлари, ўз-ўзини бошқариш туради.
- Ўқув жараёнида билим, малака, тушунча, кўникмаларни эгаллаш талаб этилади.

Шундан хулоса чиқариш мумкинки, талаба шахсини ривожлантиришни ўзига замин яратишдан бошлаш керак. Яъни талабада:

- Ўзи мустақил мутолаа асосида билим олишга;
- Ўз-ўзини англаб, тарбия топишга;
- Ўз кучи ва имкониятига ишонч билан қарашга;
- Масъулиятни ҳис қилишга;
- Ўз фаолиятини мустақил ташкил эта олишга;
- Ўқувмеҳнатига хоҳиш уйғота олишга;
- Фаоллигиниоширишга;
- Ахборот манбаларидан унумли фойдалана олишга эришиш асосий ва бош мақсадга айланиши керак.

Талаба шахсида ўз-ўзини ривожлантириш технологиясини яратиш педагогика фани олдида турган долзарб муаммолардандир.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ХОЛЕФИТОСАН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Латипова Н.К., Абдуназаров Т.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинских биотехнологий
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Желчнокаменная болезнь или холелитиаз, представляет собой серьезную проблему здравоохранения в развитых странах. Она поражает до 20% населения и среди заболеваний пищеварительной системы является самой частой причиной госпитализации в Европе. Достигнуты серьезные успехи в подходе к лечению желчнокаменной болезни эндоскопическим и хирургическим методом. Первичная же профилактика этого распространенного заболевания только начинает развиваться. С целью терапии этой клинической патологии в последние десятилетия активно применяются различные методы растворения желчных камней (урсодезоксихолиевая кислота, препарат растительного происхождения из листьев артишока Хофитол, фитопрепарат Холит состоящий из папаи, почечного чая, корня императы, филлантуса нирури, плодов перца кубебы, осота полевого, шелковочашечника курчавого).

Цель исследования. Изучение клинической эффективности растительного препарата Холефитосан при профилактике и лечении желчнокаменной болезни у пациентов, проживающих в Андижанской области Республики Узбекистан.

Методы исследования. Нами было проведено исследование 78 пациентов в возрасте 42-82 лет (средний возраст 62,4 лет) с УЗИ подтвержденным диагнозом желчнокаменная болезнь, из которых у 17 были обнаружены при УЗИ внутренних органов других систем, причём размер и количество желчных камней варьировал в пределах 3-25 мм и количестве 1-20. Из них женщин 49 (62,8%), мужчин 29 (37,2%). Ожирение было отмечено у 67 (85,9%) пациентов, 1-степени 3 (4,5%), 2- степени 34 (50,7%), 3- степени 41 (44,8%). Пациентам был назначен препарат холефитосан по 1 пакетику 3 раза в день для приёма внутрь за 30-45 минут до еды в течение 1 месяца в качестве монотерапии. Повторное УЗИ исследование проводилось после одномесячного курса лечения, а у пациентов с неполным растворением желчных камней, повторно через два месяца. Одновременно с этим у данных пациентов проводилась динамика симптомов желчнокаменной болезни: тошнота, механическая желтуха, боли в правом верхнем квадранте живота и эпигастрии, лихорадка, лейкоцитоз, ознобы.

Результаты исследования. При повторном УЗИ, после месячного курса монотерапии холефитосаном, было выявлено растворение желчных камней у 98% пациентов мужского пола, у 75-80% лиц женского пола. При втором курсе лечения растворение желчных камней наблюдалось у 85% больных от общего количества. Жалобы на выше указанные симптомы исчезли уже после 10 дней приёма препарата.

Выводы. Результаты исследования показали, что применение препарата холефитосан показало свою эффективность при курсовом лечении. Поэтому холефитосан можно рекомендовать с целью профилактики и лечения холелитиаза.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕФИТОСАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЬЧОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Латипова Н.К.
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии
Андижанский государственный медицинский институтт

Актуальность. Желчнокаменная болезнь – нарушение обмена холестерина и/или билирубина, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре или желчных протоках.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и хронический калькулёзный холецистит выявляются у взрослых старше 30-40 лет и при этом у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин. Осложнения желчнокаменной болезни, как правило, проявляют себя в более позднем возрасте, и чем старше пациент, тем они для него опаснее. Вообще, эта проблема была и остаётся на сегодняшний день весьма актуальной.

Регулярное прохождение медицинских осмотров. При обнаружении камней или признаков воспаления желчного пузыря назначают терапию, включающую прием лекарственных средств, которые способствуют регуляции желчеобразования и ее эффективному оттоку.

Людям**,** страдающим желчнокаменной болезнью, **следует** неукоснитель-но выполнять назначения и рекомендации врача**.** В противном случае высока вероятность такого прогрессирования болезни, которое потребует оперативного вмешательства, полного удаления желчного пузыря.

Цель исследования. Сбор, обобщение и оценка эффективности холефитосана пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с желчными камнями и профилактическим лечением холефитосаном для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Основной целью терапии является восстановление функций желчевыводящих путей (ЖП) и сфинктерного аппарата ЖП, проведение терапии с холефитосаном. Кроме того, целесообразно проведение иммуномодулирующей и витаминной терапии, фито- и физиотерапии.

При данном заболевании рекомендуется дробный режим питания с частыми приемами пищи в небольших количествах (5–6-разовое питание), что способствует регулярному опорожнению ЖП, нормализует давление в протоковой системе желчных путей и двенадцатиперстной кишке (ДПК).

В случае повышения тонуса сфинктеров билиарной системы применяют спазмолитические средства: неселективные (метацин, платифиллин, баралгин и др.) и селективные М1-холиноблокаторы (гастроцепин). Однако при приеме данной группы препаратов может наблюдаться целый ряд побочных эффектов: сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, тахикардия, запор, сонливость.

Сочетание сравнительно низкой терапевтической эффективности препаратов этой группы с широким спектром побочных действий ограничивает их применение, особенно при терапии дисфункции сфинктера Одди (СО).

Из миотропных спазмолитиков чаще всего применяют мебеверин (дюспаталин), дротаверин, бенциклан, отилония цитрат, тримебутин, гимекромон. Мебеверин (дюспаталин) оказывает селективный спазмолитический эффект на СО и эффективно купирует боли при желчнокаменной болезни, постхолецистэктомическом синдроме, обусловленных дисфункцией сфинктера, а также прямо воздействует на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, устраняет спазм, не влияет на нормальную перистальтику кишечника.

Оказывая селективное спазмолитическое действие на СО, препарат улучшает отток желчи в двенадцатиперстной кишке. Исследования показали, что сочетание урсодезоксихолевой кислоты с мебеверином повышает частоту элиминации билиарного сладжа из ЖП с 80 до 95%.

Вывод. Полученный эффект обусловлен купированием гипертонуса СО и восстановлением сниженной сократительной функции ЖП. Основные критерии оценки эффективности лечебных мероприятий: – купирование клинических симптомов; – восстановление моторной функции ЖП; – восстановление тонуса сфинктерного аппарата ЖП; – восстановление давления в ДПК.

2020 YIL UCHUN ELIBRARY.RU MA'LUMOTLAR BAZASIDA FARMAKOEKONOMIK VA KLINIK VA IQTISODIY TADQIQOTLAR TAHLILI

Mavlyanova N. T., Agzamova N. V., Mamatova N. M.
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: farmakoekonomik va klinik va iqtisodiy tadqiqotlar sog'liqni saqlash soxasida olib borilayotgan islohotlar davrida muhim axamiyatga ega. Sog`liqni saqlash soxasida turli, kelib chiqish sabablari ko`p bo`lgan kasalliklarni davolash, oldini olish,diagnostika va profilaktikasida doimo innovatsion texnologiyalar joriy etish yo`li xozirgi 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 axamiyatga ega. Bunga yaqqol misol farmakoekonomok, kliniko-ekonomik izlanishlar bol`ishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi: asosiy maqsad sog'liqni saqlashni isloh qilish davrida farmakoiqtisodiyotning fan sifatida rivojlanish darajasini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari: “eLIBRARY.RU” ma'lumotlar bazasida 2020 yil uchun nashr etilgan barcha ishlar tadqiqotni tahlil qilish.

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 edi topilganlardan. Ilmiy materiallarning katta qismi jurnallarning maqolalari - 85,4%, konferentsiyalarning tezislari - 12,3%, kitoblarga tegishli bo'lgan ulushi - 2,4%. Asosiy kalit so`zlar “farmakoekonom”, “klinik-ekonom” dib olindi. Tanlangan kalit so`zlar bo`yicha topilgan monografiyalar, avtorefaratlar, o`quv-uslubiy qo`llanmalar bulardan mustasno. Farmakoekonomik klinik va iqtisodiy tadqiqotlarni nozologik parametrlar bo'yicha maqolalar va tezislar to'plamlari orasida amalga oshirildi, kitoblar bundan mustasno edi. Buning natijasida:

- Yuqumli kasalliklar (12,3%),
- Yurak-qon tomir kasalliklari (9,6%),
- Onkologiya (5,1%),
- Sog'liqni saqlash (5%),
- Pulmonologiya (4,5%),
- Nevrologiya (4%), psixiatriya (4%),
- Endokrinologiya (3%),
- Jarrohlik (2,7%),
- Akusherlik va ginekologiya (2,6%),
- Gematologiya (2,4%),
- Revmatologiya (2,4%),
- Travmatologiya (2,1%),
- Gastroenterologiya (1,5%),
- Oftalmologiya (1,5%),
- Pediatriya (1,5%),
- Boshqalar (26,2%).

taqsimlanib, yuqumli kasalliklar, yurak-qon tomir va onkologik kasalliklar etakchi joy egallashdi. Davolashga nisbatan ko'proq tizimli yondashuv, shaxsiylashtirilgan farmakoterapiya, 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 chiqilgan, bu nashrlar sonini ko'paytiradi.

Xulosa: Albatta, nafaqat klinik, iqtisodiy va farmakoekonomik 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 taminlyadi. Yuqumli, yurak-qon tomir va onkologik kasalliklar etakchi yo'nalishlardan biri bo`lib, ko`proq maqolalar aynan shu soxalarda chop etilmoqda. Aynan maqolalar soni, kitob va respublika ilmiy-amaliy konferentsiyasi materiallar to`plamiga nisbatdan ko`proqligi aniqlandi.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОТИВОЯЗВЕННАЯ АКТИВНОСТЬ “ЛЕСБОХОЛА”

Мамадалиев Ш.И., Загрутдинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Ризакова Д.П.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Язвенная болезнь гетерогенное хроническое рецидивирующее с различной периодичностью заболевание, с разными вариантами течения и прогрессирования, у части больных приводящее к осложнениям. Основные факторы риска развития язвенной болезни генетическая предрасположенность и нарушение равновесия между факторами агрессии и защиты. Агрессивными

факторами являются кислота, пепсин, желчные кислоты, протеазы панкреатического сока и на-рушение моторики гастродуоденальной системы, стресс, инфекция Helicobacter pylori. 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, и язвообразование введением бутадиона. Для воспроизведения насильственной иммобилизации крыс, голодавших в течение 48 часов, привязывали за лапки на 24 часа спиной к доске. Ульцерогенную дозу бутадиона (100мг/кг) вводили внутрижелудочно специальным металлическим зондом один раз. Крысам подопытных групп перорально через металлический зонд вводили лесбохол в виде сухого экстракта внутрижелудочно в дозе 50 мг/кг за 1 час до моделирования стрессорной и бутодионовой язвы. Крысам контрольной группы вводили равный объем питьевой воды в соответствующих режимах. Полученные данные были статистически обработаны по критериям Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При вскрытии животных контрольной группы обнаружено наличие язвенных поражений у 100% крыс. У крыс подопытных групп с предварительным введением лесбохола в дозе 50 мг/кг язвы также обнаружены у всех животных. Основными показателеми противоязвенного действия препарата служили изменения среднего количества язв на одну крысу. Так, если количество мелких точечных язв у крыс контрольной группы составляло 35,0±2,9, у крыс с предварительным введением лесбохола оно уменьшились почти в три раза (12,3±1,02). Количество крупных язв у крыс контрольной группы составляло 13,3±1,6, а у крыс с применением лесбохола почти в два раза уменьшилось 6,0±0,97. Количество полосатых язв у крыс контрольной группы составляло 13,5±1,3, у крыс с применением лесбохола почти в три раза уменьшилось, и составляло 5,2±1,08. Итак, общее число язв у крыс контрольной группы составляло 61,8±4,14, у крыс с применением лесбохола уменьшилось почти в три раза (23,5±1,8). В опытах с бутадионовым язвообразованием тоже выявлено отчетливое предупреждающее действие лесбохола на развитие язв. При вскрытии и исследовании желудка контрольных животных язвы обнаружены у всех крыс. Причем, язвы располагались и в преджелудке и имели различную величину и геморрагические края, у некоторых крыс на слизистом желудке обнаруживались кровоизлияния. Общее число язв составляло 25,5±1,18. Лесбохол в дозе 50 мг/кг значительно предупреждал развитие язвообразования и общее количество язв равнялось 10,0±0,5.

Выводы. Исходя из вышеизложенного 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.

ИМЕЮТ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ИСТОРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ВЗГЛЯДЫ ИБН СИНЫ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗМА

М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К Курбонова, С.Т.Сайдуллаев. К.Т.Муминова.
Андижанский государственный медицинский институт

Фундамент этих его представлений составляло широко распространенное у разных народов древнее учение об основных простых элементах (земля, вода, воздух, огонь), первокачествах (горячность — холодность, сухость — влажность) и соках организма. В учении о соках Ибн Сина утверждал, что организм находится в теснейшей органической связи с внешней средой — через пищу, дыхание, климатические и другие факторы природы. Что единство, целостность организма, взаимосвязь всех его органов существуют именно благодаря постоянному движению соков и проникновению их во все части тела. В силу этого любую болезнь он понимал как общее страдание организма.

Ибн Сина признавал, что при заболевании возможны изменения и в жидких частях организма (в составе и качестве соков), и в плотных его структурах (морфологические нарушения, как говорим мы сейчас).

Причинами болезни он признавал только лишь различные внешние и внутренние сугубо материальные факторы. Демонические же, колдовские силы им полностью отвергались. В числе причин поражений печени он указывал, например, такие токсические факторы, как недоброкачественная пища, употребление воды из заболоченных мест, злоупотребление вином, пряностями, неправильное чередование некоторых видов пищи. Печень заболевает также, считал Ибн Сина, при расстройствах работы желчного пузыря и желчевыводящих путей желудка и кишечника, при нарушениях пищеварения, при различных лихорадках и отравлении животными ядами.

В рассуждениях о лечении недугов в «Каноне» Ибн Сина рассматривает болезнь с точки зрения общего страдания, динамичного, циклично протекающего процесса, различного по происхождению,

течению, тяжести и прогнозу — в зависимости от индивидуальных особенностей и своеобразия натуры (конституции) больного.

Наблюдения и опыт, материалистическое понимание причин здоровья и болезни, единства организма и внешней среды, отрицание астрологии и колдовства, признание психических факторов в возникновении болезни, указания на целительные силы природы и активную роль врача в восстановлении нарушенного здоровья человека н многое другое суть главное в медицинских взглядах Ибн Сины. Поэтому учение его живо в современной медицине и имя его бессмертно. Это был воистину выдающийся, разносторонне образованный врач-философ, энциклопедист, который мыслями своими и идеями, отраженными в его сочинениях, продолжает служить современности, помогает глубже и шире изучать мир.

BOZULBANG GULINING TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI

M,R.Mamadiyev, D.D Yunusova, K. Amanov, K.T. Muminova, N.K. Kurbonova
Andijon davlat tibbiyot institute

Hozirgi kunda zamonaviy tibbiyot bilan bir qatorda xalq tabobatidan ham keng foydalanilmoqda. Bizga ma'lumki, qadimdan ota-bobolarimiz turli kasalliklarni davolashda giyohlarning ahamiyatini yaxshi bilganlar. Hozirgi kunda ham ana shunday dorivor o'simliklardan foydalanib, ko'pgina kasalliklarni shifokorlarimiz samarali davolamoqdalar. Ana shunday o'simliklardan biri – Bozulbang (Lagoxilus).

Bu o`simlik ko`p yillik, bo`yi 20-60 sm ga yetadigan o`t o`simlik. Poyasi sershox, ko`tariluvchi, asos qismi yog`ochlangan, to`rt qirrali bo`lib, qattiq bezli tuklar bilan qoplangan. Bargi oddiy, uch-besh bo`lakka qirqilgan, poyada bandi bilan qarama-qarshi joylashgan. Gullari pushti rangli, poyada va shoxlarida yarim halqa shaklida joylashgan. Mevasi – 4ta yong`oqcha.

Mahsulotning tashqi ko`rinishi**.** Tayyor mahsulot gul va qisman barg aralashmasidan iborat. Bozulbang o`simligining guli qiyshiq bo`lib, labguldoshlarga xos tuzilgan. Guloldi barglari uch qirrali, qattiq bo`ladi. Gulkosachasi voronkasimon kengaygan, 5 ta tomirli va 5 tishli, uzunligi 5-6 mm ga teng, tikansimon o`tkir uchli. Gultojisi och pushti rangli, ikki labli, otaligi 4 ta, onalik tuguni 4 bo`lakli, yuqoriga joylashgan. Bargi 3-5 bo`lakli, qisqa bandli, tukli, asos qismi toraygan romb shaklida bo`lib, barg bo`laklarining cheti bir oz tishsimon qirrali bo`ladi.

Kimyoviy tarkibi. Mahsulot tarkibida vitamin K_1, 0,6-1, 97% to`rt atomli diterpen spirt - lagoxilin, 0,67 % flavon glikozidlari, 0,068-0, 22 % efir moyi, 0,20 % staxidrin, 44-77% askorbin, 6-7% organik kislotalar, 5-10 mg % karotin, 9,66-12,42 % smola, 2,58-2,78 % oshlovchi va boshqa moddalar hamda kaltsiy va temir tuzlar bo`ladi.

Lagoxilus bargi tarkibida lagoxilin, 0,03 % efir moyi, 11-14 % oshlovchi moddalar, organik kislotalar, 7-10 mg % karotin va 77-100 mg % vitamin C bor.

Ishlatilishi. Mahsulotning dorivor preparatlari bachadondan, o`pkadan qon oqishini, burun qonashini va gemorroidal qon oqishini to`xtatish, gemofiliya hamda Verlgof kasalligini davolash uchun ishlatiladi.

Dorivorlik xususiyati. Damlama, nastoyka, qaynatma, quruq ekstrakti holatida ishlatiladi.

ВЗГЛЯДЫ ИБН СИНЫ ИМЕЮТ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ИСТОРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗМА

М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К Курбонова, С.Т.Сайдуллаев. К.Т.Муминова.
Андижанский государственный медицинский институт

Фундаментом его представлений составлило широко распространенное у разных народов древнее учение об основных простых элементах (земля, вода, воздух, огонь), первокачествах (горячность — холодность, сухость — влажность) и соках организма. В учении о соках Ибн Сина утверждал, что организм находится в теснейшей органической связи с внешней средой — через пищу, дыхание, климатические и другие факторы природы. Что единство, целостность организма, взаимосвязь всех его органов существуют именно благодаря постоянному движению соков и проникновению их во все части тела. В силу этого любую болезнь он понимал как общее страдание организма.

Ибн Сина признавал, что при заболевании возможны изменения и в жидких частях организма (в составе и качестве соков), и в плотных его структурах (морфологические нарушения, как говорим мы сейчас).

Причинами болезни он признавал только лишь различные внешние и внутренние сугубо материальные факторы. Демонические же, колдовские силы им полностью отвергались. В числе причин поражений печени он указывал, например, такие токсические факторы, как недоброкачественная пища, употребление воды из заболоченных мест, злоупотребление вином, пряностями, неправильное чередование некоторых видов пищи. Печень заболевает также, считал Ибн Сина, при расстройствах работы желчного

пузыря и желчевыводящих путей желудка и кишечника, при нарушениях пищеварения, при различных лихорадках и отравлении животными ядами.

В рассуждениях о лечении недугов в «Каноне» Ибн Сина рассматривает болезнь с точки зрения общего страдания, динамичного, циклично протекающего процесса, различного по происхождению, течению, тяжести и прогнозу — в зависимости от индивидуальных особенностей и своеобразия натуры (конституции) больного.

Наблюдения и опыт, материалистическое понимание причин здоровья и болезни, единства организма и внешней среды, отрицание астрологии и колдовства, признание психических факторов в возникновении болезни, указания на целительные силы природы и активную роль врача в восстановлении нарушенного здоровья человека и многое другое суть - главное в медицинских взглядах Ибн Сины. Поэтому учение его живёт в современной медицине и имя его бессмертно. Это был воистину выдающийся, разносторонне образованный врач-философ, энциклопедист, который мыслями своими и идеями, отраженными в его сочинениях, продолжает служить современности, помогает глубже и шире изучать мир.

GAZANDA BARGI O’SIMLIGI BARGIDAN OLINGAN URTIFILLIN MODDASI YARALAR VA KUYGANLARGA QO’LLANILISHI

M.R.Mamadiyev, D.D Yunusova, S.T.Saydullayev, K.T. Muminova, N,K Kurbonova
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Hozirgi kunda zamonaviy tibbiyot bilan bir qatorda xalq tabobatidan ham keng foydalanilmoqda. Bizga ma’lumki, qadimdan ota-bobolarimiz turli kasalliklarni davolashda giyohlarning ahamiyatini yaxshi bilganlar. Hozirgi kunda ham ana shunday dorivor o’simliklardan foydalanib, ko’pgina kasalliklarni shifokorlarimiz samarali davolamoqdalar. Ana shunday o’simliklardan biri – gazanda o’simligidir.

Gazanda o’simligi ko`p yillik, ko`pincha ikki uyli, bo`yi 60-100, ba'zan 150 sm ga yetadigan o`t o`simlik. Ildizpoyasi yer ostida sudralib o`sadi. Poyasi tik o`suvchi, to`mtoq to`rt qirrali, shohlanmagan, ba'zan qarama-qarshi shohlangan. Bargi oddiy, tuxumsimon, o`tkir uchli, sertuk va yirik arrasimon qirrali bo`lib, poyada bandi bilan qarama-qarshi joylashgan. Gullari mayda, yashil rangli, barg qo`ltig`idan chiqqan boshoqqa to`plangan. Mevasi - tuxumsimon yoki ellipssimon, sariq-kulrang tusli yong’oqcha. O`simlikning hamma qismi achituvchi tuklar bilan qoplangan.

Kimyoviy tarkibi. Mahsulot tarkibida 100-1600 mg % vitamin C, 4,52-7,58 mg % vitamin K_1 (l g mahsulotda 400 biologik birlikkacha) va V_2, 14-50 mg % karotinoidlar, pantoten va chumoli kislotalar, urtitsin glikozidi, protoporfirin va koproporfirin, sitosterin, gistamin, 2-5 % gacha xlorofill, flavonoidlar (kversetin, izoramnetin, kempferol va ularning glikozidlari), fenol (kofe, ferul, n-kumar) kislotalar, oz miqdorda (2 % dan ortiqroq) oshlovchi hamda boshqa moddalar bo`ladi. Ishlatilishi. Chayono`t o`simligining preparatlari qon ivishini tezlatuvchi va bachadonni tonuslovchi ta'sirga ega. Shuning uchun ular bavosil kasalligida hamda akusherlik-ginekologiya amaliyotida qon to`xtatuvchi dori sifatida, varikoz surunkali yaralarni davolashda, gipo- va avitaminoz kasalliklarida qo`llaniladi.

Bargdan olingan urtifillin preparati yaralarni va kuyganlarni davolash uchun ishlatiladi.Bargdan ajratib olingan xlorofill esa oziq-ovqat sanoatida va farmatsevtika amaliyotida bo`yoq modda sifatida ishlatiladi.

Dorivor preparatlari. Damlama, suyuq va quyuq ekstraktlar, barg briketi, urtifillin preparati (4 % li surtma emulsiya holida). Mahsulot me'da-ichak kasalliklarida hamda qon to`xtatish uchun ishlatiladigan choy-yig`malar tarkibiga kiradi.

РОЛЬ ЛЕКСИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА В МЕДВУЗЕ

М.Р.Мамаджанова
Кафедры узбекского языка и литературы
Андижанский государственный медицинский институт

Коммуникативные цели достигаются в процессе формирования конкретных речевых навыков и умений. Коммуникативность связана с реализацией ситуативно-тематического представления учебного материала, функционального подхода к обучению лексики, учёта типологических особенностей родного языка обучаемого и практической направленностью целей обучения.

Данный подход в обучении русскому языку ставит своей целью научить студентов свободному владению русским языком в различных сферах общения: общественно-политической, научной, научно-профессиональной и социально-производственной. Для этого необходимо сформировать у обучаемых коммуникативные умения как систему речевых навыков, полностью сформированных речевых операций. Коммуникативная направленность обучения в современной методике связывается с принципом комплексного обучения русскому языку. Установка на активное

владение русской речью означает, что учащиеся не изучают логико-грамматическую систему языка, а овладевают правилами речи и инструкциями, необходимыми для осуществления собственно-речевой деятельности, упражняются в производстве коммуникативных высказываний на основе сознательного применения этих правил и инструкций.

Комплексный подход к обучению языку обусловлен также самой соподчиненностью всех уровней языка, его целостностью. Слово существует в языке как система форм и значений, лексическое и грамматическое значение в нем неразрывно связаны, формы слова составляют единство с его содержанием, оказывает на него влияние, поэтому изучение формальной стороны языка (фонетики, словоизменения, словообразования и т.п) имеет очень большое значение. Коммуникативная направленность обучения требует представления лексического материала в таких единицах, которые способствовали бы составлению творческого высказывания, предупреждению возможных трудностей выбора слов, построению словосочетаний. При составлении высказывания студенты оперируют грамматическим и лексическим материалом в их взаимодействии. Поэтому методической организации должен быть подвержен именно лексически- грамматический материал. Единицей обучения на практических занятиях по русскому языку является текст – основной источник обогащения лексического запаса, в котором реализуются все аспекты языка в их взаимосвязи.

Тексты подбираются в соответствии с речевыми темпами, и лексика группируется вокруг тем общения. Основной задачей занятий с лексикой является расширение активного словарного запаса, обеспечивающего общения внутри данной темы, соответствующей определенной сфере общения, а также пассивного запаса, значение которого необходимо для понимания русской речи.

Таким образом, данный подход в обучении русскому языку ставит своей целью научить студентов свободному владению русским языком в различных сферах общения: общественно-политической, научной, научно-профессиональной.

OZIQ-OVQAT QO'SHIMCHALARI VA ORGANIZMGA TA'SIRI

Mamazulunov N. Halimjonov B.
Biologik kimyo kafedrasi
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.

Oziq-ovqat qo'shimchalari - bu sintetik kimyoviy yoki tabiiy moddalar bo'lib, ular o'z-o'zidan iste'mol qilinmaydi, lekin faqat oziq-ovqat mahsulotlariga ta'm, to'qima, rang, hid, saqlash muddati va tashqi ko'rinishi kabi ba'zi sifatlarni berish uchun qo'shiladi. Ulardan foydalanishning maqsadga muvofiqligi va organizmga ta'siri haqida ko'p gaplar bor.

"Oziq-ovqat qo'shimchalari" iborasi ko'pchilikni qo'rqitadi. Odamlar ulardan ming yillar oldin foydalanishni boshladilar. Bu murakkab kimyoviy moddalarga taalluqli emas. Biz osh tuzi, sut va sirka kislotasi, ziravorlar va ziravorlar haqida gapiramiz. Ular shuningdek oziq-ovqat qo'shimchalari hisoblanadi. Masalan, karma, hasharotlardan tayyorlangan bo'yoq, Muqaddas Kitobdan beri oziq-ovqatga binafsha rang berish uchun ishlatilgan. Endi modda E120 deb nomlanadi.

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, Evropa 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

E belgisi ortida nafaqat zararli va xavfli kimyoviy moddalar, balki zararsiz va hatto foydali moddalar ham yashiringan. 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 vijdonsiz ishlab chiqaruvchilar mahsulot narxini pasaytirish, ishlab chiqarish texnologiyalarini buzish uchun.

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 etishmasa, 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 reaktsiyalar, miyaning shikastlanishi va ko'rishni 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.

E250 qo'shimchasining xavfsizligi shubhali. Moddani universal qo'shimcha deb atash mumkin, chunki u rang beruvchi, antioksidant, saqlovchi va rang stabilizatori sifatida ishlatiladi. Natriy nitratning zararli ekanligi isbotlangan bo'lsa-da, aksariyat mamlakatlar uni ishlatishda davom etmoqdalar. U kolbasa va go'sht mahsulotlarida uchraydi; u seld, sprat, füme baliq va pishloqda bo'lishi mumkin. Natriy nitrat xoletsistit, disbiyoz, jigar va ichak muammolari bilan og'riganlar uchun zararli. Tanada bo'lganidan so'ng, modda kuchli kanserogenlarga aylanadi.

Sintetik bo'yoqlar orasida xavfsizlikni topish deyarli mumkin emas. Ular mutagen, allergen va kanserogen ta'sirlarni keltirib chiqarishga qodir.

Konservant sifatida ishlatiladigan antibiotiklar disbiyozni keltirib chiqaradi va ichak kasalliklarini keltirib chiqarishi mumkin. Qalinlashtiruvchi moddalar zararli va foydali moddalarni singdirishga moyildir, bu organizm uchun zarur bo'lgan minerallar va tarkibiy qismlarning emilimiga xalaqit berishi mumkin.

Fosfat iste'mol qilish kaltsiyning emishini buzishi mumkin, bu esa osteoporozga olib kelishi mumkin. Saxarin siydik pufagining shishishini keltirib chiqarishi mumkin va aspartam zararli jihatidan glutamat bilan raqobatlasha oladi. Isitganda u kuchli kanserogenga aylanadi, miyadagi kimyoviy moddalarning tarkibiga ta'sir qiladi, diabet kasallari uchun xavfli bo'lib, organizmga zararli ta'sir ko'rsatadi.

Sog'liqni saqlash va ozuqaviy qo'shimchalar

Mavjudlikning uzoq tarixi davomida ozuqaviy qo'shimchalar foydali ekanligi isbotlangan. Ular mahsulotlarning ta'mini, saqlash muddatini va sifatini yaxshilashda, shuningdek, boshqa xususiyatlarini yaxshilashda muhim rol o'ynagan. Tanaga salbiy ta'sir ko'rsatadigan ko'plab qo'shimchalar mavjud, ammo bunday moddalarning afzalliklarini e'tiborsiz qoldirish ham noto'g'ri bo'ladi.

E250 nomi bilan mashhur bo'lgan go'sht va kolbasa sanoatida juda talab qilinadigan natriy nitrat, unchalik xavfsiz emasligiga qaramay, xavfli kasallik - botulizm rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Oziq-ovqat qo'shimchalarining salbiy ta'sirini inkor etish mumkin emas. Ba'zan odamlar maksimal foyda olish uchun, aql-idrok nuqtai nazaridan iste'mol qilinmaydigan mahsulotlarni yaratadilar. Insoniyat ko'plab kasalliklarni qabul qiladi.

Oziq-ovqat yorliqlarini ko'rib chiqing va minimal E bo'lgan yozuvlarni tanlashga harakat qiling.

- Notanish oziq-ovqat mahsulotlarini sotib olmang, ayniqsa ular qo'shimcha moddalarga boy bo'lsa.
- Shakar o'rnini bosuvchi moddalar, lazzat kuchaytiruvchi vositalar, quyuqlashtiruvchi moddalar, konservantlar va ranglarni o'z ichiga olgan mahsulotlardan saqlaning.
- Tabiiy va yangi ovqatlarni afzal qiling.

Oziqlantiruvchi qo'shimchalar va inson salomatligi tobora ko'proq bog'liq bo'lib kelayotgan tushunchalardir. Ko'plab tadqiqotlar olib borilmoqda, natijada ko'plab yangi faktlar aniqlandi. Zamonaviy olimlarning fikriga ko'ra, parhez qo'shimchalarining ko'payishi va yangi oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilishning kamayishi saraton, astma, semirish, diabet va depressiya bilan kasallanishning ko'payishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi.

FIZIOLOGIK FAOL MODDALAR SINFLASH VA ULARNING TA'SIRI MEXANIZMLARI

Mamazulunov N. Turdaliyev R.
Biologik kimyo kafedrasi
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Fiziologik faol moddalarni sinflashda ko'pincha farmakologiya talablaridan kelib chiqiladi. Tibbiyotning dorilarga qo'yadigan talabi konkret kasallikning konkret simtomini bosish bilan bog'liq. Bu esa yangi dorivor substansiyalarini topishda ancha qiyinchiliklar tug'diradi. Sinflashda quyidagi tipik qiyinchiliklar uchirab turadi: a) sinflash ob'ektlarining aniq va yakuniy tavsifi yo'qligi; b) ob'ektlarning 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 xaqida 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 guruxlar bo'yicha bo'lib olish mumkin.

"Mexanizm bo'yicha" sinflaganda fiziologik faol moddalarlarning 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'sirlashuvlarning natijasi o'laroq, xujayra membranalarining 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 guruxiga 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 guruxlarining har biri ichidagi mexanizmlarining navbatdagi differensiatsiyasiga olib keladi. Ammo, retsepsiya haqidagi va xujayra fundamental fiziologiyasi haqidagi bilimlarning noaniqligi, fragmentarligi, yetishmasligi hamda ksenobiotiklar ta'sirining molekulyar mexanizmining turli tumanligi moddalarning bioob'ektlarga 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. Bunday sinflash mohiyati bioob'ektga kiritilayotgan aniq ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan dorivor preparatlarning fiziologik reaksiyalari parametrizatsiyasida empirik tashkillashtirilgan belgilar asosida birikmalar sinflarini shaklllantirishdan iborat. Fiziologik faol moddalarni sinflashga empirik yondoshishning muhim xususiyati o'rganish natijalari asosida uzviy aniqlashtirish imkoni mavjudligidadir. O'rganilayotgan biosistema tashkiliy darajasidan qat'iy nazar modda obrazi vektori barcha ishonchli empirik axborotni o'z ichiga oladi. Bu holda sinflarning chalkashib ketishini nazorat ostiga olsa bo'ladi va maqsadga bog'liq ravishda birikmaning u yoki bu sinfga kiritish integrativ ishlov tarzida, masalan, taxmin chuqurligi va ishonchliligi qadam-baqadamligi bilan amalga oshiriladi.

Obrazlar vektori $X=(X_1, \dots , X_n)$ ob'ektlarning standart birligiga moddaning dozasi (konsentratsiyasi) va uning ta'sir vaqtini o'z ichiga olgan barcha turlarini ta'sir parametrlarini bir tartibda birlashtirgan bo'lsin. Bu holda fiziologik faol moddalar to'plami ma'lum biologik (farmakologik) xususiyatlariga ega bo'lishi bilan birgalikda, har bir konkret birikmaga konkret ta'sir tipiga xos bo'lgan eksperiment ma'lumotlari asosidan o'zgarishlarni bera oluvchi parametrlar qo'yiladi. Bunda samara belgisi va yo'nalishi barqarorligi doza va vaqtga bog'liq ravishda hisobga olinadi. Shunda obrazlarning sinfiy mansubligi $Xk=(X_k)$ vektorlardan ma'lum bo'ladi (Indeks k-faollik turi sinflanishi uchun zarur parametrlar ro'yxatiga mos keladi). Empirik sinflash, dastavval, biologik tadqiqotlarda olinadigan parametrlarni optimallashtirish va baholashni standartlashtirish muammolarini hal qilish bilan bog'liq. Biologik tadqiqotlar asosidagi farqlovchi belgilarning yetarli to'plamini o'z ichiga oluvchi to'laqonli axborotni tanlab olish "mexanizm bo'yicha" va empirik sinflash chegaralarida ma'lum qiyinchiliklarga uchraydi. Shuning uchun, bu ma'noda konret masalani hal qilishda har qanday pragmatik sinflash beqiyos darajada qulayliklarga ega.

Yetarli darajada kichik sinflarda to'la identik bo'lgan birikmani topish qiyin. Bu esa har bir moddani alohida sinf deb olishga va dorvor substansiyani etalon bilan solishtirib, o'rganilayotgan birikma faollik spektrini aniqlashga majbur qiladi. Natijada, analogik xususiyatli modda haqidagi ma'lumotlar asosida yetarli bo'lmagan xulosa olishga to'g'ri keladi.

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 ob’ektivlashtirish va aniqlashtirish uchun real asos deb hisoblasa bo‘ladi [$R=R_1$, ..., R_k-sifat va miqdoriy xossalar (parametrlar), r r_1, ..., r_k-kichik sistema sifat va miqdoriy parametrlari; ΔC_x-doza (konsentratsiya) o‘zgarishi; Δt-vaqt oralig‘i].

GENI O’ZGARTIRILGAN MAXSULOTLARNING AHAMIYATI VA ULAR ORQALI KELIB CHIQADIGAN KASALLIKLAR.

Mamazulunov N. Badalboyev A.
Biologik kimyo kafedrasi
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Dastlab xavfsiz deb e'lon qilingan, ular 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 eydi; 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 reaktsiyalar, 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.

GM taomlari 1970s da ishlab chiqarilgan texnologiya yordamida amalga oshirildi, bu bilan bir turdagi genlar boshqa turdagi DNKlarga majburiy ravishda kiritildi. Genlar oqsillarni ishlab chiqaradi, bu esa o'z navbatida xarakteristikalarni yoki xususiyatlarni keltirib chiqaradi. GDO bilan bog'liq bo'lgan va'da qilingan xususiyatlar cho'lda, vitaminlar bilan boyitilgan don va o'sayotgan millionlab odamlarga oziqlanadigan yuqori mahsuldor ekinlarning yuksak sabzavotlaridir. Ulardan hech biri mavjud emas. Darhaqiqat, deyarli barcha tijorat maqsadlarida ishlab chiqarilgan GM o'simliklarida mavjud bo'lgan ikkita xususiyatlar herbisid tolerantligi va / yoki pestitsidlar ishlab chiqarishdir.

Herbisidka chidamli so'ya, makkajo'xori, paxta va kanola o'simliklari bakterial genlar bilan ishlab chiqilgan bo'lib, ularda o'limga olib keladigan boshqa herbisid dozalari mavjud. Bu dehqonlarga otishni o'rganishda ko'proq moslashuvchanlikni beradi va GM urug 'kompaniyasiga ko'proq foyda beradi. Fermerlar GM urug'ini sotib olayotganda, ular faqat urug 'ishlab chiqaruvchining gerbitsid brendini sotib olish uchun shartnoma tuzadilar. Herbisidka chidamli ekinlar barcha GM o'simliklarning taxminan 80% ni tashkil qiladi. Boshqa 20% - har bir xujayrada pestitsid ishlab chiqaradigan makkajo'xori va paxta navlari. Bu Bt-toksin deb ataladigan tabiiy hashorat-o'ldirish zahari ishlab chiqaradigan Bacillus thuringiensis yoki Bt deb ataladigan tuproqning bakteriyalaridan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Bu ikki xususiyatdan tashqari, GDO maydonlarining 1% ostida yaxshi kasalliklarga chidamli bo'lgan GM Hawaiian papayya, qovoq va bo'dek bo'yin squash bor.

1990 ning dastlabki yillaridan 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, 1992da ba'zi ekspertlar noqonuniy deb e'tirof etgan holda, FDA GM ishlab chiqaruvchilari GRASni ishlab chiqaruvchilar deyishgan 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-dan 1994gacha FDA-da biotexnologiya masalalari bo'yicha etakchi 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. "3

GM korxonalari noyob xavf-xatarlarni keltirib chiqaradigan bir necha sabablar mavjud. Birinchidan, genetik muhandislik jarayonining jarayoni qaysi geni topshirishidan qat'i nazar, kutilmagan o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Genni qo'shish jarayoni, masalan, "gen tabancasından" hujayraning plastinkasiga tortish yoki hujayraning begona DNK bilan zararlanishi uchun bakteriyalar yordamida amalga oshiriladi. Har ikkisi ham qo'shilish maydonchasida va boshqa joylarda mutatsiyalar hosil qiladi. 13 "Qayta ishlangan" hujayra o'simliklarning genomida

qo'shimcha yuzlab yoki minglab mutatsiyalarga olib keladigan to'qimalar madaniyati deb ataladigan jarayon orqali o'simlikka klonlanadi. Natijada, GM o'simlikning DNKi tabiiy tabiatidan farqli 2-4% bo'lishi mumkin. 14 Mahalliy genlar mutatsiyaga uchragan, o'chirilgan yoki doimiy ravishda yoqilgan yoki o'chirilgan bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, qo'shilish jarayoni juda ko'p sonli mahalliy genlar o'rtasida yaxlit va yaxshi tushunilmagan o'zgarishga sabab bo'ladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, tabiiy genlarning 5% gacha, bitta qo'shilish natijasi sifatida protein ekspresyon darajasini o'zgartirdi.

Kanada Qirollik jamiyati, GM ekinlari uchun "standart prognoz" "boshqa genlarni ifodalashda o'zgaruvchan o'zgarishlarning o'zgarishi, ishlab chiqarilgan oqsillar tarkibidagi o'zgarishlar va / yoki metabolik faollikdagi o'zgarishlarni o'z ichiga oladi", deb e'tirof etdi. 15 FDA olimlari 1992 da GDOlarni baholash GM DNKning zararlangan yoki o'zgargan darajasidan xabardor bo'lmagan, ular ham mumkin bo'lgan oqibatlarni tasvirlab berishgan. "Genetika tarkibidagi o'simliklarda kutilmagan, tasodifiy o'zgarishlarning yuzaga kelish ehtimoli" kutilmaganda yuqori darajadagi o'simlik toksik moddalarining kontsentratsiyasini keltirishi mumkin ". 16 GM ekinlari, ular" tabiiy ravishda hosil bo'lgan toksinlarning ko'payishi "va" paydo bo'lishi " yangi, ilgari aniqlanmagan "toksinlar. 17 Xuddi shu mexanizm allergen, karsinogen yoki moddalarni assimilyatsiyaga to'sqinlik qiladigan moddalarni ham ishlab chiqarishi mumkin.

Bu muammolarning aksariyati GMlarning oziq-ovqat xavfsizligi bo'yicha baholanishi bilan farq qilmaydi, chunki ular katta miqdordagi genlarni Legosga o'xshab ketadi. Ammo hozirgi vaqtda DNKning kutilmagan o'zgarishlarini e'tiborsiz qoldirsak ham, to'g'ri faoliyat ko'rsatadigan qo'shilgan gen hali ham jiddiy xavfga ega. Bt-toksin kabi yangi hosil qilingan GM proteini inson salomatligi uchun xavfli bo'lishi mumkin (quyida ko'rib chiqing). Bundan tashqari, agar u oqsilni tabiiy organizmida xavfsiz bo'lsa ham, u yangi turga o'tkazilganda uni boshqa ishlov berish mumkin. Xavfsiz protein zararli yoki o'lik versiyaga aylanishi mumkin. Bu rivojlanish davrida kamida bitta GM oziq-ovqat mahsuloti bilan sodir bo'lgan, GM no'xat, savdo qilishdan oldin vayron qilingan.

FDA olimlari shuningdek, ichak traktining ichidagi o'zlashtirilgan genlarni o'z-o'zidan bakteriyalarning DNKlariga o'tkazish ehtimolini juda tashvishlantirganlar. Ular, ayniqsa, antibiotiklarga chidamli marker (ARM) genlarini o'tkazish ehtimoli bilan qo'rqitdilar. ARM genlari genlarni kiritish vaqtida qo'llaniladi, chunki olimlar tashqi hujayraning qaysi hujayralari muvaffaqiyat bilan birlashtirilganligini aniqlashga yordam beradi. Biroq, bu ARM genlari hujayradagi 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 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.

FDA olimlari tomonidan bildirilgan yana bir tashvish shundaki, GM o'simliklari "pestitsidlar yoki og'ir metallar", "19" yoki GM hayvonlarining yemida toksik moddalar kabi "ekologik toksik moddalarni to'plashi" mumkin, bu esa sut va go'sht mahsulotlariga biokinetikani keltirib chiqarishi mumkin. Biyoakumulyatsiya muammosiga hech qanday tadqiqotlar qaramasdan, herbitsidlarga chidamli o'simliklar, albatta, yuqori darajada herbisit qoldiqlariga ega. Darhaqiqat, ko'plab mamlakatlar GM meva-sabzavot mahsulotlarini joriy etish uchun qonuniy ruxsat etilgan darajalarini - 50 martagacha oshirishga to'g'ri keldi.

GM ekinlari tufayli herbitsidlarni haddan tashqari ishlatish herbitsidlarga 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 davrda. Ko'p hollarda hozirda herbitsidlarga chidamli begona o'tlar paydo bo'lishining tezligi tezlashmoqda millionlab akrlarda topilgan. Charlz Benbrookning tadqiqotiga ko'ra, har yili o'sib borayotgan o'sish 1.5 million funtga teng 1999, 18-dagi 2003 million, 79-daqiqada 2009 million va 90-da 2011 million haqida. O'tgan davrda dehqonlar samarasiz bo'lib qolmoqda Endi 2-4D kabi ko'proq toksik herbisidlardan foydalaning.

Pestitsidlarni ishlab chiqaruvchi Bt ekinlari insektitsidlarga püskürtülen miqdorni kamaytiradi, lekin ekinlar tomonidan ishlab chiqarilgan jami miqdori joyidan olingan buzadigan amallar miqdoridan kattaroqdir. Misol uchun, Misr ildizi qurtini o'ldiradigan Bt jo'xori, bir-ikki funt Bt ishlab chiqaradi toksin per akr, lekin püskürtmeli insektisitleri faqat 0.19 funt bilan kamaytiradi. Sakkiz genli SmartStax donasi 3.7 funt ishlab chiqaradi Bt toksini perkaga aylantiradi, lekin faqatgina 0.3 funt püskürtülmüş hasharotlar joyini o'zgartiradi. 20

Yuqorida aytib o'tilgan barcha xavflar homilador ayollar, bolalar, kasallar va qariyalar kabi yuqori xavfli guruhlar uchun kengaytiriladi. Quyidagi bo'limda aniqlangan ba'zi muammolar ta'kidlanadi.

DORIVOR O’SIMLIKLARNI TIBBIYOTDA TUTGAN O’RNI VA ULARNING TURLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA QO’LLANILISHI

Mamazulunov N. **Abdusalomov N**
Biologik kimyo kafedrasi
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

O'simliklarning dastlabki tarixiy yozuvlari Shumer tsivilizatsiya, bu erda yuzlab dorivor o'simliklar, shu jumladan afyun loydan yasalgan lavhalarda keltirilgan. The Ebers Papirus dan qadimgi Misr, v. Miloddan avvalgi 1550 yilda 850 dan ortiq o'simlik dori-darmonlari tasvirlangan. Yunonistonlik shifokor DioskoridlarRim 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 asosini tashkil etdi farmakopeya taxminan 1500 yil davomida. Giyohvand moddalarni tadqiq qilish etnobotaniya tabiatda farmakologik faol moddalarni izlash va shu bilan yuzlab foydali birikmalarni kashf etgan. Ular orasida keng tarqalgan dorilar mavjud aspirin, digoksin, xininva afyun. O'simliklarda uchraydigan birikmalar turli xil, ammo ko'pchiligi to'rtta asosiy biokimyoviy sinflarga kiradi: alkaloidlar, glikozidlar, polifenollarva 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 muvofiqlashtiradi. Dorivor o'simliklar har ikkala umumiy tahdidga duch keladi, masalan Iqlim o'zgarishi va yashash joylarini yo'q qilishva bozor talabiga javob beradigan ortiqcha yig'ishning o'ziga xos tahdidi.

Qadimgi Shumeriya, shu jumladan yuzlab dorivor o'simliklar mirra va afyun loydan yasalgan lavhalarda ko'rsatilgan. The qadimgi Misr Ebers Papirus kabi 800 dan ortiq o'simlik dori-darmonlari ro'yxati aloe, nasha, kastor loviya, sarimsoq, archava mandrake. Qadim zamonlardan to hozirgi kungacha, Ayurveda tibbiyoti hujjatida ko'rsatilganidek Atharva Veda, Rig Veda va Sushruta Samhita kabi yuzlab farmakologik faol o'tlardan va ziravorlardan foydalangan zerdeçalo'z ichiga oladi kurkumin. The Xitoy farmakopeyasi, *Shennong Ben Cao Jing* kabi o'simlik dori-darmonlarini qayd qiladi xulmoogra moxov kasalligi uchun, efedrava kenevir. Bu kengaytirilgan Tang sulolasi *Yaoxing Lun*. Miloddan avvalgi IV asrda, Aristotelo'quvchi Teofrastus birinchi botanika matnini yozdi, *Historia plantarum*. Milodning 60 yillarida yunon shifokori Pedanius Dioscorides, Rim armiyasida ishlagan, 600 dan ortiq dorivor o'simliklardan foydalangan holda 1000 dan ortiq retseptlar bo'yicha hujjatlarni rasmiylashtirgan *De materia medica*. Kitob XVII asrga qadar 1500 yildan ko'proq vaqt davomida o'simliklarni davolash bo'yicha nufuzli ma'lumotnoma bo'lib qoldi.

Erta zamonaviy davr tasvirlangan gullab-yashnagan o'tlar Evropa bo'ylab, 1526 yildan boshlab *Grete Herball*. Jon Jerar uning mashhur yozgan *O'simliklar yoki o'simliklarning umumiy tarixi* asosida 1597 yilda Rembert Dodoensva Nicholas Culpeper uni nashr etdi *Ingliz shifokori kengaytirildi*. Evropaga ko'plab yangi o'simlik dori-darmonlari mahsulot sifatida keldi Erta zamonaviy razvedka va natijada Kolumbiya birjasi, unda XV-XVI asrlarda Chorvachilik, ekinlar va texnologiyalar Qadimgi dunyo va Amerika o'rtasida o'tkazilgan. Amerikaga kelgan dorivor o'tlarga sarimsoq, zanjabil va zerdeçal kiradi; kofe, tamaki va koka boshqa tomonga sayohat qilgan. Meksikada, XVI asr *Badianus qo'lyozmasi* Markaziy Amerikada mavjud bo'lgan dorivor o'simliklar tasvirlangan.

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 ichida an'anaviy tibbiyot. The Oziq-ovqat va qishloq xo'jaligi tashkiloti 2002 yilda dunyo bo'ylab 50 mingdan ortiq dorivor o'simliklardan foydalaniladi deb taxmin qilingan. The Qirollik botanika bog'lari, Kew 2016 yilda konservativ ravishda taxmin qilinishicha, 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. The 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; ularning harakatlarining farmakologik asoslari to'g'risida, agar mavjud bo'lsa yoki ularning xavfsizligi to'g'risida kam ma'lumotga ega bo'lgan yoki mavjud emas yoki yo'q. 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 dalillar, jarayonning yomon amaliyotlari to'sqinlik qilmoqda giyohvand moddalarni ishlab chiqarishva etarli mablag 'yo'qligi.

Barcha o'simliklar kimyoviy birikmalar ishlab chiqaradi, bu ularga an evolyutsion kabi afzalliklari o'txo'r hayvonlardan himoya qilish yoki misolida salitsil kislotasi, kabi gormon o'simliklarni himoya qilishda. Ushbu fitokimyoviy moddalar giyohvand moddalar sifatida foydalanish imkoniyatiga ega va ushbu moddalarning dorivor o'simliklardagi 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 kasalligi. Alkaloidlar achchiq mazali va toksik bo'lib, o'simlik qismlarida, masalan, o'txo'rlar eyishi mumkin bo'lgan poyada to'plangan; ular shuningdek himoya qilishlari mumkin parazitlar.

Dorivor o'simliklarning zamonaviy bilimlari dorivor o'simliklarning transkriptomikasi ma'lumotlar bazasida tizimlashtirilmoqda, bu 2011 yilga kelib ketma-ketlik ma'lumotnomasini taqdim etdi. transkriptom ba'zi o'ttiz turdagi. Farmakologik faol asosiy sinflar fitokimyoviy moddalar ularni o'z ichiga olgan dorivor o'simliklar misollari bilan quyida tavsiflanadi.

YURAK ARITMIYASI KASALLIGINI KELIB CHIQISHI VA UNI DAVOLASHDA TABIIY MAXSULOTLARNING O’RNI

Mamazulunov N. **Abdunazarova M.**
Biologik kimyo kafedrasi
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’limga Aristotl, Gepokrat, Dioskorit, Galen, Ibn Sino, faolyati bilan bog'liq. Yurak kasalliklari turli hil tasirlar oqibatida yuzaga keladi. Masalan yurak kasalilariga:braxikartidiya, aritmiya,yurakni ishemik kasalliklari,taxikardiya va b.kasalliklari uchredi. Bu kasaliklar tug'ma yoki ortirilgan bo’ladi. Tug'ma yurak kasaliklari bunda ona homiladorlik davrida siqilganligi, steres holatgan tushganligi,bosim ostida qolganli va b.narsalar oqibatida kelib chiqadi. Endi ortirilganiga kelsak bu ruhan siqilish, ezilish, steres va b. natijasida kelib chiqadi. Biz aritmiyani oladigon bo’lsek aritmiya "yun.-inkor rythmos-ritm"degan mani bildiradi. Yani normal ritmni buzilishi,yurak qisqarishini tezlashishi degani.

Aritmiyani turlari ko’p:

1.Sinusli aritmiya koproq yow bolalarda ucherdi, shuning uchun ham "nafas aritmiyasi" ham deb ataladi.
2.Bo’lmachalar hilpillovchi aritmiyasi.
3.Qorinchalar titroq aritmiyasi.
4.Qorinchalar hilpillovchi aritmiyasi.

Yurak aritmiyasi ko’proq bolalar va o’smirlada ko’p 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 zarvga teng. Yurak urushini odam 5 daqiqa dam olganidan so’ng o’lchash kerak.

Yurak aritmiyasi turli hil sabablar natijasida keladi. Ular ruhiy zoriqish, zaxarli moddalar, ayrim dorilar, qalqonsimon bez faolyatini buzilishi natijasida kelib chiqadi. Aritmiyada avvalo bemorda yurak tez tez uradi, yurakda turli xil bezovtalik, bosh aylanish, umumiy holsizlik, bo’ladi. Bunda bemorni yurak urushini tekshirish yoki elektrodiagrammasini tahlil qilish kerak. Bemor shu belgilarni o’zida sezsa darxol shifokorga murojat qilishi kerak. Shifokor eng avval rivojlanish sabablarni aniqlash kerak.

Aritmiyada birinchi yordam qo’llash tez yordam kelgunicha avvalo bemorni ahvoli yengillashtirishga harakat qilinadi. Bemorni holiroq tinc joyga yotqililadi, tinchlantiriladi, valerian nastoykasi, karvolol, shunga o’xshash vositalar beriladi. Chuqur chuqur nafas oldirish kerak. Tez yordam keliguncha iloji boricha bemorni tinchlantirishga harakat qilish kerak. Shifokor eng avval turli tekshirish usularida tekshiradi.

1. Jismoniy zo’riqishli EKG tekshiruvi
2. EKG ni kecha kunduz davomida yozib olish
3. Elektrofiziologil tekshiruv
4. Qalqonsimon bezini garmonlar darajasini aniqlash

Bu tekshiruvlardan foydalangan holda bemorga shifokor tashhis qo’yadi.

Aritmiyaga chalinmaslik choralari:

1.Sigareta chekmaslik.
2.Spirtli ichimliklar iste’molini to‘xtatish.
3.Qahvani yoki tarkibidan kofein saqlovchi mahsulotlarni ortiqcha iste’mol qilmaslik kerak.
4.Baliq mahsulotlarini ko‘proq iste’mol qilish lozim.
5.Yashil rangli har qanday sabzavot yoki oshko‘kni ko‘proq iste’mol qilish lozim.

6.Profilaktik tarzda vitamin E qabulini esdan chiqarmaslik lozim.

Aritmiyada alohida parxez 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, òzini istemol qilish ko’proq tavsiya etiladi. Dorilarga kelsak bunda shifokor bemorni axvolini ko’zdan kechirgan holda axvolini og'ir yengiligiga qarab dori vositalari qo’laydi.

Aritmiya 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, gipertoniyada, yurakni ishemik kasalliklarida dõlana mevasi va asalari mumi nastoykasi istemol qilish tavsiya etiladi. Qalampir va yalpiz ham foydali hisoblanadi. Yalpizni bargini 1 stakan issiq suvga solinadi va 1 soat issiq joyda saqlanadi. Ertalab nonushtadan oldin oz ozdan ho’planadi. Olovda pishirilgan kartoshka ham juda foydali.

Olimlarni takidlashicha haftasiga 28 gr shokolat istemol qilish xavfini 18 / ga kamaytirgan. Ratsionda shkolatni istemol qilish yurak kasaliliklarini kamaytirishi aniqlangan. Haftasiga 2 tadan 6 tagachor shkolat yegan odam tebranma aritmiyasi 1 oyda 1 marta yegan odamda kamroq kasallanishi kizatilgan. Bu shokolat oddiy shokalat emas kakao bilan toyingan kamida 70 / ga cha bolgan shokoalat haqida. Bunda kakaoni tarkibida magniy borligi tufayli qon tomir funksiyasini shamollashni ozaytiradi, immun tizimni mustahkamlaydi.

Amirikani "American heart journal" jurnalida shokaland ni yurak foalyatiga foyadi haqida yozilgan. Bunda tatqiqotlarga tayangan holda yozilgan. Bunda shkolatni kop istemol qilish yurak kasaliklarini oldini olishi haqida yozilgan. Eng avvalo inson o’z salomatligiga o’zi etibor berishi kerak. O’zini har hil narsalardan chetta saqlshi, o’zida bironda nojoyi sezgilar sezsa tezda shifokorga murojot qilishi kerak.

FERMENTLARNING TIBBIYOTDA VA AMALIYOTDA QO`LLANILISHI

Mamazulunov N. Maxsudjonova S.
Biologik kimyo kafedrasi
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Enzimologiyaning jadal rivojlanishi juda ko’p o’imiyaviy reaksiyalarni katta tezlik bilan o`tishini ta`minlaydigan bu kuchli omilni amalda tobora keng qo`llanilishiga olib kelmokda. 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 boshlandi. Sanoatda fermentlarni ishlatish tez rivojlanayotgan bioteo’nologiyaning markaziy qismi bo`lib, unga sanoat enzimologiyasi deb ataladi. Uning hozirgi vaqtda jadal rivojlanishi sanoatda moddalarni sintez qilish, tozalash, ularni o’imiyaviy modifikaciya qilish uchun birinchi navbatda fermentlarni qattiq organik yoki noorganik polimer tashuvchilarga kovalent bog`lar orqali ulanib tayyorlangan shakllari - immobillangan fermentlarning qo`llanilishiga bog`liq. Fermentlarni qattiq asosga bog`lab, ularni harakatsiz qilish fermentlarning turg`unligini oshiradi, o`ziga xosligini ta`minlaydi, qo`llanilishini osonlashtiradi va preparatlardan qayta-qayta foydalanish imkoniyatini tug`diradi. Immobillangan fermentlarni sanoatda qo`llab bir qator aminokislotalar, klechatkadan kraxmal, turli farmakologik preparatlar, masalan prednizalon, juda shirin qandsiz modda aspartam va boshqalar olingan.

Tibbiyotda fermentlar uch yo`nalishda tadqiq qilinadi va qo`llaniladi. Birinchisi bir qator kasalliklar, ayrim fermentlarning nasliy yetishmasligidan kelib chiqishi ma`lum bo`lgan. Masalan, qonda sut shakari laktozadan hosil bo`lgan galaktoza miqdorining ortiqcha bo`lishi bilan xarakterlanadigan galaktozemiya - bu monosaharidning o`zlashtirilishini katalizlaydigan b-galaktozidaza fermentining yetishmasligidan kelib chiqadi; ruo’iy faoliyatning buzilishi bilan kuzatiladigan fenilketonuriya esa fenilalanin aminokislotasini oksidlab tirozinga o`tkazuvchi ferment tirozinaza faolligining kamligiga bog`liq va boshqalar. Bu yo`nalish enzimopatalogiya deb ataladi.

Ikkinchisi qonda, siydikda, to`qima preparatlarida fermentlar miqdorini aniqlash orqali kasallik tashxisini qo`yish va uni kuzatib borish. Masalan: LDG va aminotransferazalar izofermentlarining qondagi miqdorini belgilash orqali yurak va jigar kasalliklarini bir-biridan ajratish va kasallikning kechishini kuzatish - enzimodiagnostika.

Uchinchisi e`nzimoterapiya - fermentlar bilan davolash masalan, chandiqlarni proteolitik fermentlarni kiritish bilan so`rilishini tezlatish, fermentlarning etishmasligi bilan bog`liq nasliy kasalliklarni tashqaridan ferment preparatlari kiritib davolash va boshqalar.

Fermentlarni tibbiyotda qo’llanilishi:

1. Insonlarning ba’zi kasalliklari ularni to’qimalarida bitta yoki bir qancha fermentlarni nasliy yetishmasligi yoki kamchiligi bilan bog’liq bo’ladi. Masalan galaktozani glyukozaga aylantirib beradigan fermentning bolalarda yetishmasligi galaktozemiyaga sabab bo’ladi, bunda bola ortiqcha galaktoza bilan zaharlanadi va hayotining birinchi oylarida halok bo’ladi.

Ba’zan patolagik 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 gepatitlar qonda ALT-alaninaminotransferaza, LDG_4, LDG_5 izoformalari, miokard infarktda - LDG_1 , LDG_2 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 sirtdan 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 yalig'lanishida lizosim keng doirada davolash maqsadida qo'llanilmoqda.

Ma'lumki farmatsiyada keng qo'llanilib kelayotgan, tarkibida pepsin, lipaza, amilaza fermentlaridan iborat bo'lgan –festal, pistal, mezim forte, enzim forte va shu kabi pankreatinlar oziq ovqat mahsulotlarini hazm qilish yo'lida tegishli bo'limlarining sekretor funktsiyasi faolligi kamayganda yoki yetishmovchiligida bir necha yillardan beri buyurib kelinadi.

Nikotin kislotasi organizmda sil basillalarini rivojlanishi uchun zarur bo'lsa uning analogi izonikotinat kislota 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.

КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ

Маматалиева М.А., Алибеков О.О., Маматалиев А.Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Миома матки встречается у 25% женщин после 30лет, способствует формированию первичного и вторичного бесплодия и, как единственная причина репродуктивных неудач, встречается у 12-20% пациенток с нарушением фертильности.

Цель исследования. Изучить клинико - морфологические особенности миом маток у женщин Ферганской долины в возрастном аспекте.

Материалы и методы исследования. При изучении различн
ых форм миом маткок у женщин Андижанской области Ферганской долины использовались данные историй болезней, направления патогистологических исследований биоптатов и операционных материалов. Всего исследовано 200 биоптатов. Они разделены на 3 группы: 1-группа 15-24лет (9случаев), 2-группа 25-40лет (80случаев), 3группа 40 и более лет (111случаев).

Результаты исследования. При изучении историй болезней жалобы больных были на общую слабость, на утомляемость, на обильную, болезненную и длительную менструацию, дизурические симптомы, на снижение трудоспособности.

Показаниями к операции были патологические маточные кровотечения, быстрый рост и большие размеры опухолей, субмукозное расположение.

В первой группе женщин сделано консервативная миоэктомия, 70% женщин 2-й группы надвлагалищная ампутация матки, 30% экстрипация матки, 3-й группе больных во всех случаях экстрипация матки.

При изучении репродуктивного потенциала женщин в исследуемых группах: в первой группе на каждую миому приходилось в среднем 2 беременностей, вместе с тем, один из них заканчивалось абортом. Риск не вынашиваемости беременности составлял до 30%. Во второй группе на каждую миому приходилось среднем до 4 беременностей, вместе с тем, 2-3 из них заканчивались абортами. Риск не вынашиваемости беременности составлял до 70%. В третьей группе на каждую миому приходилось в среднем до 1 беременностей. Риск не вынашиваемости беременности составлял до 90%.

В репродуктивном возрасте (20 - 35года) частота встречаемости миомы возрастает до 10%. После 35лет риск возникновения миомы матки у женщин достигает максимальных значений -40-45%.

Выводы. Отмечено параллельность между увеличением возраста, количества проведенного аборта и развития миомы.

КОНТРАКТУР ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА НАМОЁН БЎЛИШИ

Маматалиев А.Р., Маматалиева М.А., Шакиров С.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш: тўсатдан коронар ўлимларда юракнинг фаолиятининг тўхташи бевосита қоринчалар фибрилляцияси ва уларнинг асистолияси билан боғлиқ, улар юракнинг ностабил электр ўтказувчанлиги шароитида пайдо бўлади [(Жданов В.С.ва б.,1989), Струков А.И.ва б., 2015].

Аутопсияларда тўсатдан коронар ўлимларнинг асосий патологоанатомик ўзгаришлари - кардиомиоцитларни контрактур шикастланиши, мушак толалари фрагментациясини ўз ичига олади [Кактурский Л.В. 2000, М.А. Пальцев ва б. 2011].

Тадқиқот материаллари ва усуллари: тўсатдан юрак ўлимларида юракдаги контрактур шикастланишлар 40 нафар 30-70 ёшдаги эркакларда ўрганилди. Уларга назорат гуруҳи сифатида ушбу ёшдаги 40 нафар тўсатдан бошқа сабабларда (йирик қон томирларни шикастланиши, ички қон кетишидан) вафот этган инсонларни юраги кўрсаткичлари бўлди. Тўсатдан юрак ўлимларининг ўткир намоён бўлиши кардиомиоцитлар гиперрелаксацияси, кардиомиоцитларнинг контрактур дегенерацияси, ҳужайра ичи миоцитолизи ва парчаланиши кўринишида миокарднинг тарқалган ишемик шикастланиши билан кузатилди. Тўсатдан юрак ўлимларининг морфологик белгиларига миокард ишемияси соҳасида турли йўналишдаги иккита жараёнларнинг қўшилиши – контрактур шикастланишлар ва саркомерлар гиперрелаксация билан кечувчи ишемия, реперфузияси кириб, улар поляризацион микроскопия ёрдамида аниқланди. Поляризацион микроскопияда контрактур шикастланишлар - шикастланиш даражаси билан фарқланди – 1 ва 2 - даражалар I дисклар ингичкалашиши ҳисобига (изотоплар) А-дискларнинг (анизотропларни) яқинлашиши билан характерланди; 3 -даража контрактураси I-дискларнинг тўлиқ йўқолиши, А-дискларнинг яхлит конгломератига қўшилиб кетиши билан характерланди ва улар ёрқин ёруғликдаги қисмларга эга бўлди. Миокарднинг парчаланиши анизотроп субстанцияда кўплаб емирилган тузилмалар мавжудлиги билан характерланди. Ушбу материалларни ўрганишда суд тиббий гистология материалларидан фойдаланилди. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун – морфологик, морфометрик, статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: Назорат гуруҳида кардиомиоцитларнинг тўлқинсимон деформацияси 57,5±2,8%, ҳужайралар диссоциацияси 64,4±3,7%-ида аниқланди. Чап қоринчада контрактуралар миқдори 53,4±2,0% ни ташкил қилди. Контрактуралар жойлашиши кўпинча чап қоринчанинг олдинги, ёнбош ва орқа деворларида, асосан миокарднинг субэндокардиал ва интрамурал бўлимларида аниқланиб, 3-даражали шикастланишлар қайд этилди. Чап қоринчадаги контрактур шикастланишлар миқдори 64,2 ±5,8% ташкил этди.

Тадқиқот гуруҳида юракнинг морфометрик текширувида ҳар иккала қоринчалар гистологик текширилганда кардиомиоцитларнинг 2-3-даражадаги контрактур шикастланишининг устунлиги кузатилган. Миокарднинг ҳамма соҳаларида кардиомиоцитлар тўлқинсимон деформацияси, шунингдек 2/3 қисмини эгаллаган кардиомиоцитлар диссоциацияси кузатилди. Тўлқинсимон деформация белгилари билан бўлган кардиомиоцитлар миқдори 44,2±5,6%, диссоциация белгилари билан кардиомиоцитлар миқдори - 58,7± 2,8% ни ташкил қилди

Тўсатдан юрак ўлимларида миокарднинг хамма соҳаларида кардиомиоцитларнинг тўлқинсимон кечиши, деформацияси белгилари ёрқин намоён бўлди, шунингдек кўрув майдонининг 2/3 қисмида кардиомиоцитлар диссоциацияси кузатилди.

Хулоса: Тўсатдан юрак ўлимларида миокарднинг ҳамма соҳаларида кардиомиоцитларнинг 2-3-даражадаги контрактур шикастланиши устунлиги кузатилиб, суд тиббий гистологик текширишларда муҳим аҳамият ўрин тутади.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ЎЛИМИДА ЎПКАДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Маматалиева М.А., Шакиров С., Маматалиев А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Янги туғилган чақалоқлар нафас олиш тизими касалликларидан ўлим ҳозирги кунда кўп кузатилиб, уларнинг клиник – морфологик диагностикаси – патологоанатомик ва суд тиббий экспертиза хизматининг долзарб муаммоларидан биридир.

Ишнинг мақсади: Андижон вилоятида янги туғилган чақалоқларнинг нафас олиш системаси патологиясидаги ўлими сабаблари ва ички аъзоларидаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш.

Тадқиқот объектлари: 2015-2020 йилларда Андижон вилояти туғруқ комплексларида вафот этган 520 перинатал ўлимлардаги чақалоқларнинг патологоанатомик ва суд тиббий экспертизаси архив материаллари (аутопсия баённомалари, патогистологик текширишлар) ўрганилди.

Тадқиқот натижалари: 2015-2020 йилларда Андижон вилояти туғруқ комплексларида вафот этган чақалоқлар нафас олиш системаси касалликларидан ўлим кўрсаткичи ўртача 1,9‰ни ташкил этди.

Аутопсия баёномалари ўрганилганда эртанги неонатал ўлимнинг 2/3 қисмини пневмопатиялар (бирламчи ателектазлар (65%), гиалин мембрана касаллиги (15%), шиш - геморрагик синдром (25%)), 1/3 қисмини эса иккиламчи ателектазлар ва эмфиземалар (30%) ташкил этди.

Гипоксия перинатал ўлим ҳолатларида 70%, эртанги антенатал ўлимларда 30%га яқин кузатилган.

Бактериал инфекциялар асосан стрептококклар, стафилококлар, вирусли инфекциялар эса оддий герпес вируслари, цитомегалия вируслари келтириб чиқариши қайд этилди.

Эртанги неонатал даври охирларида нобуд бўлиш ҳолатлари кўпроқ кузатилди. Хавф-хатар омилларидан норасолилик, туғруқ жараёнида қўлланилган ташриҳлар нафас олиш касалликларининг келтириб чикариши қайд этилган.

Патоморфологик ўрганилганда, асосан ўчоғли ва интерстициал яллиғланиш, диапедез қон қуйилишлар, сероз шишлар, сурункали кечганда эса бронхоэктазиялар, деструктив ўзгаришлар қайд этилди. Бирламчи ателектазлар ўпка тўқимасини ривожланмаганлиги ва ички аъзоларда гипоксидаги шикастланишлар, диапедез қон қуйилишлар билан бирга кузатилди. Ўпканинг гиалин мембраналари ўчоғли тарзда 9-10 сегментлари альвеолаларида кўрилди.

Хулоса: ўпкада ривожланган йирингли – деструктив жараёнлар янги туғилган чақалоқларда мос равишда ички аъзолардаги тўқималарда турли некробиотик ва гемодинамик бузилишлар билан намоён бўлди.

ТЎСАТДАН ЮРАК ЎЛИМЛАРИ ВА ЧЕКИШНИНГ ПАРАЛЕЛЛИГИ

Маматалиева М.А. Шакиров С., Маматалиев А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш: Тўсатдан юрак ўлимлар миокардда фибрилляция, ўткир ишемия оқибатида дастлабки 6 соатда юз беради. Касаллик асосида миокардда фибриляция, тож томирларни узоқ давом этган спазмаси ёки тромбози (85% ҳолатларда) кузатилади. Сигарет таркибдаги никотин томирлар спазмаси ва унда моддалар алмашинуви жараёнларини бузади, турли метаболитик ва патологик ўзгаришлар ривожига таъсир кўрсатади.

Тадқикот материаллари ва усуллари: Андижон вилоят суд тиббиёти экспертизасининг 2020 йилги 60 нафар инсон аутопсиясида тез юрак ўлимлари ва чекиш паралеллиги ўрганилди. Бу инсонлар анамнези текширилганда, улар кунига 10-20 донадан сигарет истеъмол қилинганлиги қайд этилди. Уларнинг ёши 20-69 гача бўлиб, 5та гуруҳга бўлинди.

Тадқиқот натижалари: Биринчи гуруҳга (20-29ёш) 7 нафар эркак тўғри келиб, улардан 3 нафарида наркотик моддалар билан заҳарланиш ҳолатлари, қолганларида эса тож томирлари атеросклерози, спазмаси қайд этилди. 2-гуруҳда(30-39ёш) 6 нафар эркакнинг 4 нафарида тож томирлар стенозловчи коронаростенози, 3-гуруҳда(40-49ёш) 16 нафар беморнинг 10 нафарида коронаростеноз, тож томирлар тромбози, 4-гуруҳда(50-59 ёш) 16 тадан 13 та ҳолатда стенозловчи коронаростеноз, 5-гуруҳда (60-69ёш) 15тадан 14тасида тож томирларни стенозловчи атеросклерози кузатилди. Тож томирлар гистологик текширилганда уларда 1-2 гуруҳда липоидоз, липосклероз, бироз намоён бўлган атероматоз, 3-4-гуруҳларда эса атероматоз ўзгаришларнинг ёркин намоён бўлиши, бўшлиқнинг 2/3қисмга торайиши, 5-гуруҳда эса атероматоз ўзгаришлардан ташқари оҳакланиш ўчоғлари, бўшлиқнинг 2/3 -2,5/3 қисмигача торайиши қайд этилди.

Миокард гистологик текширилганда айрим гуруҳ кардиомиоцитларнинг тўлқинсимон кечиши, фрагментацияси, фуксинофил ўчоғлари, периваскуляр ёғ тўқимасининг ўсиши, эпикард ва миокардда ўчоғли ёғ тўқимасининг ўсиши кўрилди.

Хулоса: Суд тиббий текширув ўтказилган беморлар анамнези ва тож томирларидаги ўзгаришлар паралеллиги ўрганилганда ёш ва никотинни истеъмол қилиш ўртасида тўғри паралеллик кузатилди, яъни биргаликда уларнинг авж олиши ва тўсатдан коронар ўлим ҳолатлари миқдорининг кўпайиши кузатилди.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ

Маматалиева М.А., Науманов М., Маматалиев А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Алкоголизм представляет собой большое социальное бедствие, поэтому вопросы, связанные с его употреблением алкоголя, должны волновать широкие круги врачей разных специальностей. Следственные и судебные органы, как правило, интересуют проявления алкоголизации организма покойного в период, предшествовавший наступлению смерти. Предупреждение острых и хронических

отравлений этиловым спиртом, профилактика хронического алкоголизма являются важнейшей общественной и медицинской проблемой.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали трупный материал за последний 5 лет где имело место отравление этиловым спиртом (всего 56случаев).

Результаты исследований. При наружном осмотре трупа наблюдается сине-багровая окраска трупных пятен, одутловатость лица, отечность век, резкая инъекция сосудов конъюнктивы. При внутреннем исследовании обнаруживаются поражения всех органов. Отмечается полнокровие и отёк сосудистых сплетений желудочков головного мозга, отёк его вещества. При алкогольной интоксикации наблюдается повышение проницаемости стенки сосудов всех калибров, что сопровождается дистрофическими и деструктивными изменениями, приводящиее к дистрофическим и некробиотическим проявлениям в паренхиматозных элементах органов. Нарушение проницаемости сосудистой стенки сопровождается диапедезным кровоизлиянием в органах, в особенности в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Отмечались точечные кровоизлияния под эпикардом, неравномерные кровенаполнения сердечной мышцы, очаговые кровоизлияния в поджелудочной железе, отёк ложи жёлчного пузыря, точечные кровоизлияния под висцеральной плеврой, кровоизлияния в легких с отёком, мелкоточечные кровоизлияния в почках и надпочечниках. Мочевой пузырь растянут и переполнен мочой.

При микроскопическом исследовании обнаруживаются разрыхление сосудистой стенки внутренних органов, набухание, слущивание клеток эндотелия, плазматические пропитывания стенок артерий; венозное полнокровие внутренних органов, особенно головного мозга, почек, печени, селезенки и легких. В легких на фоне полнокровия кровоизлияния, эмфизематозное вздутие альвеол.

Выводы. Выявленные макро и микроскопические изменения во внутренних органах при остром отравлении этиловым алкоголем во многих случаях специфичны, т.е доказывает проявление острого или подострого токсического гепатоза.

ТЎСАТДАН ЮРАК ЎЛИМЛАРИДА ЮРАКДАГИ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Маматалиева М.А., Науманов М., Маматалиев А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон, Ўзбекистон

Кириш: тўсатдан коронар ўлимлар умумий ўлим структурасидаги улуши кўпинча айнан меҳнатга лаёқатли 35-45ёшдаги инсонлар орасида кузатилиши тасдиқланган. У 1000та аҳолига 1- 2 ҳолатда тўғри келади [Zheng Z.J. et al. 2001, Cobb L.A. et al. 2002, Myerburg R.J. 2001, Mizusawa Y. 2016].

Тадқикот материаллари ва усуллари: тўсатдан юрак ўлимларида юракдаги морфометрик кўрсаткичлар 40та 30-70ёшдаги эркакларда ўрганилди. Уларга назорат гурухи сифатида ушбу ёшдаги 40та тўсатдан коронар ўлимлардан вафот этмаган, бошқа сабаблардан (йирик қон томирларни шикастланиши, ички қон кетиши) вафот этган инсонларни юраги кўрсаткичлари бўлди. Тўсатдан юрак ўлимлари учун юрак шикастланиши билан боғлиқ тузилишли ўзгаришлар характерли бўлиб, улар юрак геометрияси – ўлчами, бўшлиқлар шакли, массаси ва конфигурациясининг ўзгаришига олиб келади. Ушбу материалларни ўрганишда аутопсия баённомалари, суд тиббий гистология материаллари ва суд тиббий экспертиза хулосаларидан фойдаланилди. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун – морфологик, морфометрик, статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари: аутопсияларда тўсатдан юрак ўлимларини асосий патолоанатомик ўзгаришлари юракнинг ишемик касалликлари белгиларига мос келди. Улар юракнинг коронар артерияларини стенозлашган атеросклерози, тромбози, ўчоқли ва диффуз кардиосклероз, юрак бўшлиғини дилатацияси билан юрак мушакларини гипертрофияси, ички аъзоларнинг ўткир веноз тўлақонлилиги, миокард инфаркти, кардиомиоцитларни контрактур шикастланиши, мушак толаларини фрагментациясини ўз ичига олиши билан намоён бўлди.

Назорат гуруҳида юракнинг морфометрик текширувида қуйидаги ўртача кўрсаткичлар қайд этилди: юрак ҳажми - 280±3,0г, юрак узунлиги 9,5±0,2см, кенглиги 9±0,3см, қалинлиги 4,8±0,4, чап қоринча деворларининг қалинлиги - 1,3±0,1см, ўнг қоринча деворларининг қалинлиги - 0,4±0,1см. Тадкикот гуруҳида эса юракни морфометрик текширувида бу кўрсаткичлар қуйидагича намоён бўлди: юракнинг вазни - 330±3,3г, узунлиги 10,1±0,2см, кенглиги 9,4±0,3см, қалинлиги 5,2±0,4см, чап қоринча деворининг қалинлиги - 1,6±0,1см, ўнг қоринча деворининг қалинлиги - 0,6±0,1 см. Миокардда бириктирувчи тўқима ўсиши ўчоқлари, нотекис қонга тўлишиш кўринишидаги ишемия ўчоқлари кузатилди**.** Ушбу кўрсаткичлар қиёсланганда тўсатдан юрак ўлимларида улар юқори бўлди. Натижалар ўзаро солиштирилганда юқоридаги хамма кўрсаткичларни тўсатдан юрак ўлимларида ёшга боғлиқ ортиши кузатилди.

Хулоса: Тўсатдан юрак ўлимларида юракнинг чап қоринчасининг морфологик геометрияси муҳим аҳамият касб этиб, қоринчани нормал эллипсимон кўринишини йўқотиши юрак шикастланишининг эрта белгиси ҳисобланади.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Маматалиева М.А., Каримжонов Х., Маматалиев А.Р.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Аденомиоз встречается - до 15% среди женщин репродуктивного возраста и до 50% у пациенток с бесплодием (3-е место после воспалительных заболеваний и миомы матки).

Цель работы. Изучить патоморфологическую характеристику изменений при аденомиозе.

Материалы и методы исследования. Объектом исследований послужило аденомиоз у 50 женщин (ввозрасте от 20 и более, их разделили на 5 групп – 20-30, 30-40, 40-50, 50-60, 60 и более) Андижанской области Ферганской долины. Контролем для этих групп служили материалы (матка) взятое (в пяти группах в каждом по 3х случаев, в возрастном аспекте) во время аутопсии для гистологических исследовании (у не гинекологических больных).

Результаты исследования. Макроскопически в изученных биоптатах аденомиоз представляется в виде мелких изолированных кистозных полостей или щелей округлой или вытянутой формы, заполненной слизистой жидкостью, с примесью кровьи, с геморрагической жидкостью. Микроскопически среди мышечной ткани скапливалось трубчатые железистые образования различных размеров, некоторые из них с кистозно-расширенными полостями, внутренняя оболочка была покрыта однослойным цилиндрическим эпителием, параллельно наблюдали гиперплазию мышечных волокон. При морфологическом анализе отмечалось, что частота I-П-Ш- IV степеней аденомиоза было соответственно 6-30-50-14%.

При гистологическом исследовании эндометрия у больных аденомиозом диагностировали гиперпластические процессы. При этом простую гиперплазию обнаружили у 70 %, полипы эндометрия — у 18%, атипическую гиперплазию эндометрия — у 12% больных.

Сочетание гиперплазии эндометрия, миомы матки и аденомиоза составила 1/1/0,15. Малигнизация аденомиоза составила 3,5% (среди женщин в возрасте 40-60лет).

Выводы: Наблюдается омоложение заболевания, все чаще аденомиоз стал выявляться у молодых нерожавших женщин, подростков. При медленном хроническом течение в постменопаузе увеличивается частота малигнизации; у 50% больных аденомиозом диагностировали гиперпластические процессы в эндометрии, в которых 1/3 случаи имели атипическую гиперплазию.

ДИНАМИКА ЛИПОИДОЗА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ СЕРДЦА

Маматалиева М.А., Шакиров С., Маматалиев А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Из всех локализаций атеросклероза наибольшее практическое значение имеет поражение атеросклерозом венечных артерий сердца, различные клинические формы которого объединяются под названием ишемической болезни сердца. О росте заболеваемости атеросклерозом в известной мере можно судить по заболеваемости ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Учитывая сказанное, нами, в соответствии с программой экспертов ВОЗ в рамках Всесоюзного кооперативного исследования эпидемиологии ИБС и атеросклероза в различных регионах, проанализировано 225 случаев вскрытия по данным Андижанского областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Это были трупы лиц в возрасте 20 – 50 лет, смерть которых была насильственной.

Результаты исследования. Изучение амнестических данных показало что они при жизни не страдали атеросклерозом сосудов и не обращались по этому поводу за медицинской помощью, т.е. являлись практически здоровыми людьми, однако в 95% случаев мы нашли при вскрытии трупа липоидоз сосудов разной степени выраженности.

В 35 случаев мы изучили гистоструктуру стенки коронарной артерии с целью выявления раннего атеросклероза.

Ранние признаки липоидоза интимы правой коронарной артерии устанавливаются только при исследовании окрашенных суданом гистологических препаратов.

При микроскопическом исследовании правой коронарной артерии отложения липидов в интиму выявлены во всех наблюдениях. При этом в возрастной группе 20-29 лет у лиц коренного и некоренного населения липоидоз был преимущественно очаговым. С увеличением возраста постепенно увеличивалось число случаев с распространенным липоидозом интимы; в возрасте 50-59 лет такой липоидоз отмечен у лиц коренного населения в 70% и некоренного населения – в 78 % случаев.

При очаговом липоидозе интимы правой коронарной артерии отложения липидов были мелкокапельными или мелко-крупнокапельными.

Мелко-крупнокапельные отложения липидов у лиц некоренного населения появлялись в возрасте 20-29 лет, у лиц коренного населения – в 30-39 лет.

В случаях распространенного липоидоза в интиме правой коронарной артерии у лиц старше 30 лет преобладали мелко-крупнокапельные и крупнокапельные отложения липидов; в возрасте 50 – 59 лет у лиц коренного населения такие отложения имелись в 84% случаев распространенного липоидоза, у лиц некоренного населения – в 100% случаев.

Выводы. Таким образом, выраженность липоидоза коронарных сосудов у коренного населения оказалось менее значительной чем у некоренного населения.

ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ ГИПОТЕРИОЗДА БОШ МИЯДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НЕЙРОПРОТЕКТОР ТАЪСИРИНИ УРГАНИШ

Муминова Г.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация.Сурункали гипотериоз мияда турли морфологик ўзгаришларни келтириб чикаради. Миядаги морфологик жараёнларни урганиш учун эксперементал гипотериоз модели хосил килинди. Бунинг учун суткасига 2,5мг/100 гр дозада 21 кун давомида ок каламушлар меъда ичига мерказолил юборилди. Сунг гурухларга ажратилиб 10 кун давомида биринчи гурух тироксин, иккинчи гурух тироксин ва “Нейромак” ёрдамида даволанди ва улардаги мия морфологиясидаги узгаришлар урганилди. Тироксин ва “Нейромак” комбинацияси ёрдамида даволанган гурухлардаги кўрсаткичлар меъёрга якинлашди.

Ишнинг максади: Эксперементал гипотериозда нейропротекторларнинг бош миядаги морфологик ўзгаришларга таъсирини аниклаш.

Материал ва усуллар. Гипотериоз моделини олиш учун оқ каламушларга 2,5 мг/100гр дозада меркозалин 21 кун давомида меъда ичига киритилиш йўли билан амалга оширилди. Гипотиреоз ҳолати шаклланганлигини тана харорати, тана вазнинг ортиши ва хайвонлар умумий ҳолати назорат қилиниб, ТТГ, Т3 ва Т4 гормонлари аниқланиб тасдиқланди. Гипотиреоз ҳолати чақирилган каламушлар 10 кун давомида тироксин ва «нейромак» нейропротектори билан даволанди. Хайвонлар декапитация усулида жонсизлантирилиб, бош мия пўстлоқ қавати ва гиппокампдан бўлакчалар олинди. Бош мия тўқима бўлакчалари формалиннинг 10% фосфат буферли эритмасида 72 соат қотирилди. Кейин сувсизлантирилиб, парафинга қуйилиб, ғишчалар тайёрланиб, гистологик кесмалар олинди. Гистологик кесмалар гематоксилин-эозин ва Нисcл бўёқларида бўялди ва ёруғлик микроскопи остида ўрганилиб, керакли соҳалари расмга туширилди.

Натижалар ва мухокама: Тажрибавий гипотиреозни тироксин ва нейромак нейропротектори билан коррекциялангандан кейин бош мия пўстлоғи ва гиппокамп тўқимасини микроскопик жиҳатдан ўрганилганда қуйидаги маълумотлар олинди. Гипотиреоз ҳолати комбинацияланган коррекция қилинган тажрибанинг 10-кунида бош мия пўстлоғи тўқимасида дисциркулятор, шиш ва дистрофик ўзгаришлар деярлик йўқлиги, фақат айрим майда капиллярлар атрофида майда ўчоқли локал шиш жараёни сақланиб қолганлиги кузатилади. Бу даврнинг ўзига хослиги бош мия пўстлоғи тўқимасида юқорида кўрсатилган диффуз глиоз жараёнининг бироз авж олганлиги аниқланади. Морфологик жиҳатдан глиал ҳужайраларнинг ҳар хил шаклдалиги, айрим соҳаларида нейронлар атрофида концентрацияланган бўлса, бошқа жойларида қон томирлар атрофида тўпланганлиги кузатилади. Бош мия тўқимасининг нерв ҳужайралари олдинги дарлардан фарқли ўлароқ, зич жойлашганлиги, аксарияти ҳам гипертрофияланиб, ҳам гиперхромазияланганлиги аниқланади. Уларнинг ядролари гематоксилин билан тўқ ва диффуз ҳолда бўялиб, таркибида хроматини кўпайганлиги кузатилади. Бош мия тўқимаси Нисcл усулида бўялган бош мия тўқимасидаги барча нейронлар, жумладан пирамидал нейронлар ҳам нисбатан тўқ бўялганлиги, яъни улар цитоплазмасида хроматофил модда миқдорининг кўпайганлиги ва тигроид модданинг нейронлар толалари бўйлаб тарқаб борганлиги аниқланади. Нейронлар ядролари асосан думалоқ ва ундаги ядрочалалри тўқ кўкга бўялганлиги кузатилади.Тажрибанинг кейинги даврлари, яъни 10-кунларга келиб, гиппокамп тўқимасида дисциркулятор, шиш ва дистрофик жараёнларга хос морфологик белгилар батомом йўқолганлиги кузатилади. Гиппокамп нейронлари ўзига хос, яъни тасмасимон кўринишдаги ҳужайралар тўпламини сақлаб қолган, тасма таркибидаги барча нейронлар, яъни чет қаторидаги думалоқ шаклдаги нейронлар, ўртада жойлашган пирамидал нейронлар ўзининг гистотопографик ва гистокимёвий тузилишини сақлаб қолган. Барча турдаги нейронлар цитоплазмаси эозин билан тўқ бинафша рангга, ядролари тўқ сиёҳ рангга бўялганлиги, уларнинг морфофункционал ҳолатининг фаоллашганлигидан далолат беради. Нейронлар тасмаси атрофидаги мия моддаси ҳам эозин билан оч бинафша рангга бўялган, таркибидаги глиал ҳужайралар ҳам морфологик жиҳатдан фаоллиги сақланиб қолган. Гиппокамп тўқимаси Нисcл усулида бўялганда, ундаги нейронлар морфофункционал ҳолатининг фаоллигини цитоплазмасидаги тигроид модданинг кўплиги, тарқоқ ҳолда ва интенсив бўялган ҳолдалиги тасдиқлайди . Хатто гиппокампнинг молекуляр қаватидаги сийрак жойлашган нейронлар цитоплазмасида ҳам тигроид модда кўп тўпланганлиги куринади.

Хулоса. Тажрибавий гипотиреозни тироксин ва нейромак билан комбинацияланган усулда коррекцияланганда тажрибанинг бошланғич давридан бошлаб бош мия ва гиппокамп тўқималарида дисциркулятор ва шиш жараёнлари стабиллашиб, камайганлиги кузатилади. Бош мия пўстлоғи ва гиппокамп тўқималарида периваскуляр ва перицеллюляр шишнинг йўқлиги, ҳам нейронлар, ҳам глиал ҳужайраларнинг морфофункционал ҳолатининг фаоллашуви, яъни буларнинг гипертрофия ва гиперпхромазияга учраши нейропротекторнинг ҳужайра мембрана тузилмаларини стимуллаши, улардаги ион ва насос тизимини яхшилаши, мембраналарни шикастловчи эркин радикалларнинг камайиши, антиоксидант тизимнинг стимулланишидан далолат беради.

БОШ МИЯ СЕРОТОНИН РЕЦЕПТОРЛАРИГА НИСБАТАН АУТОАНТИТАНАЧАЛАР МИҚДОРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ГИПОТЕРИОЗ ҲОЛАТИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ

Мўминова Г.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Тиреоид гормонлар инсоннинг бутун умри давомида марказий нерв тизими фаолияти, ривожланиши ва барқарорлигини таъминлаш учун зарур. Шу сабабдан, ушбу гормонларнинг меъёридан кўпайиши ёки камайиши бош мия учун зараралидир. Вояга етган организмларда гипотериоз когнитив бузилишлар билан биргаликда нейродегенератив жараёнларга олиб келиши мумкин . Гипотериоз оқибатида энцефалопатия, полиневропатия, миопатия, эпилепсия ва бошқа касалликлар юзага чиқиши мумкин. Гипотериозда нерв системаси шикастланишининг эрта босқичлари клиник жиҳатдан сезиларли бўлмаса ҳам, кейинчалик диққатни жамлай олмаслик, хотира пастлиги, депрессия ҳамда когнитив бузилишлар билан биргаликда чуқур нейродегенератив касалликларга олиб келиши мумкин.

Мақсад: экспериментал гипотериозда қон зардобида серотонин рецептори (Ser-R) нисбатан аутоантитаначалар кўрсаткичлари ўзгаришларига L-тироксин ва нейропротекторлар таъсирини аниқлашдан иборат.

Материал ва усуллар: Тадқиқотда мақсадга эришиш учун 120 та оқ каламушларга 2,5мг/100г дозада мерказолил 21 кун давомида меъда ичига киритилиш йўли билан гипотериоз ҳолати моделлаштирилди. Сўнг 10 кундавомида даволанди. Иммунофермент таҳлил усулида «ЭЛИ-Н-Тест» тўплами (Россия) ёрдамида каламушлар қон зардобида Ser-Rга нисбатан аутоантитаначалар миқдори аниқланди.

Натижалар: I гуруҳ – интакт каламушларда барча рецепторларга нисбатан иммунореактивлик - 20%...+10% оралиғида меъёрида эканлиги қайд қилинди.

21 кунлик гипотериоз моделлаштирилган каламушларда эса барча кўрсаткичлар меъёрий кўрсаткичлардан баланд эканлиги аниқланди. Энг юқори кўрсаткичлар серотонин (Ser-R) рецепторлари учун хос бўлиб, 28,83%ни ташкил этди.

30 кунлик гипотериоз моделлаштирилган каламушларда серотонин рецептори (Ser-R)га нисбатан аутоантитаначалар миқдори қисман камайди, қолган аутоантитаначалар кўрсаткичлари эса ортди. Лекин, барча кўрсаткичлар меъёрдан юқорилигича сақланиб қолди

L-тироксин билан даволанган каламушларда серотонин рецепторларига нисбатан аутоантитаначалар миқдорининг қисман пасайиши кузатилди. Лекин аутоантитаначалар миқдори меъёрий кўрсаткичларидан юқорилигича сақланиб қолди.

Нейромак ва сомазина препаратлари L-тироксин билан бирга юборилган каламушларда эса аутоантитаначалар миқдори сезиларли пасайиши аниқланди. Лекин ушбу препаратлар ҳам аутоантитаначалар миқдорини тўлиқ меъёрлаштирмади. L-тироксин билан ушбу нейропротекторларни комбинациялашган таъсири L-тироксинни таъсиридан самаралироқ таъсир кўрсатди.

Хулоса:. Тадқиқот натижаларига кўра, серотонин рецепторларига нисбатан аутоантитаначалар миқдорининг ортиши гипотериозда иммун тизим функциясидаги патогенетик ўзгаришлар, когнитив бузилишлар ҳамда нейродегенератив жараёнлардан дарак беради ва ушбу ўзгаришларни коррекциялаш мақсадида L-тироксин билан бирга нейропротектор препарат қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлар: гипотериоз, Ser-R, нейротроп аутоантитаначалар, L-тироксин,нейропротектор.

ТОЛАЛИ ҚЎҒА ЎСИМЛИГИНИНГ ФИЗИК ВА ФАРМАКОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.М.Мўминова
Биологик физика, информатика, тиббий технологиялар кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Қўға ўсимлигининг антисептик, бактерицид, гемостатик ва яраларни даволаш хусусиятларига эга эканлиги азалдан маълум. Хўл холатда илдизпояда 66,5% сув, 2% тоза оқсил, 15,4% крахмал, 7,3% тола,

0,29% ёг ъ, 2,54% кул мавжуд. Қуруқ ҳолатда крахмал улуши 46% гача, толалари эса 21,7% гача кўтарилади.

Ўсимликнинг барглари июн ва июл ойларида, илдизпоялари эса кеч кузда йиғиб олинади.

Толали қўға фармакологик ўсимлик эмас ва расмий тиббиётда ишлатилмайди. Бироқ, унинг янги илдизлари катарал гастритни даволаш учун ишлатиладиган гомеопатик давонинг бир қисмидир . Бу ўсимлик баъзи бир мамлакатларда қон тўхтатувчи, жароҳатларни битказувчи ва антисептик хусусиятларга эга восита сифатида қўлланилади.

Ифлосланган сув ҳавзаларида ўсадиган қўға ўсимлигининг илдизпояси зарарли моддаларни филтрлаши ва ютиши оқибатида ўсимликнинг илдизпоялари ва ёш куртаклари нордон ҳамда аччиқ таъмга эга бўлгани учун овқатларда истеъмол қилинмайди. Ҳомиладорлик ёки лактация даври, болалик даври ва ўсимликнинг таркибидаги моддаларни индивидуал ўзлаштира олмаслик, ўсимликдан фойдаланишга қарши кўрсатма бўла олади

Ўсимликнинг ер усти қисмида, хусусан баргларида кўп миқдордаги аскорбин кислотаси, протеин ва оз миқдордаги ёғ мавжуд.

Толали қўға ўсимлигининг илдизпоясида танинлар, шакар, крахмал, калций оксалат, калций, оқсил ва ёғлар топилган.

Ўсимликнинг ёш куртаклари - С витамин захираси. Унинг янги куртаклари чарқоқ , мушаклардаги ҳолсизлик, цинга, камқонлик ва авитаминозда ишлатилади.

Қўғанинг бошоқлари ва гуллари турли хил қон кетишлар (ошқозон, ичак, бавосил) да қон тўхтатувчи восита сифатида ишлатилади. Улар уретрит ва циститларда, ҳамда гинекологик касалликларни даволашда ишлатилади. Бошоқнинг пахмоқларидан олинган малҳам куйиш ва музлашни даволашда ишлатилади. Унинг барглари ва илдизпоясидан тайёрлангам дамлама қондаги шакар миқдорини туширишда, яллиғланишга қарши ва қоннинг ивувчанлигини оширишга таъсир кўрсатади. Бундан ташқари ушбу ўсимликдан дизентерия, энтероколит, цистит, қандли диабет касалликларида қўлланилиши мумкин. Бронхиал астмани комплекс даволашда бошоқларнинг дамламасидан фойдаланилади.

Кенг баргли қўға ўсимлигининг илдизпояси ва ер усти қисмидан халқ табобатида сифатли дори воситаси сифатида қўлланилади.

Мисол учун халқ табобатида унинг ер усти қисмидан:

-оғиз бўшлиғи йирингли яллиғланишида , қонли диарея, колит ва дизентерия, стоматит, парадонтоз касалликларини даволашда;

илдизпоясининг сувли дамламасидан эса:

-ошқозон ва ичак шиллиқ қавати яллиғланишида, ич ўтишида, дизентерияда, тана ҳароратининг кўтарилиши ва сувсизланишда ;

толаларидан эса:

-танани совуқ уриши натижасида келиб чиққан йирингли жараёнларни даволашда;

баргларининг дамламаларидан эса:

-қандли диабетни даволашда, туйилган баргларидан қон тўхтатувчи ва антисептик восита сифатида янги кесилган жароҳатларда, шилинишларда самарали қўлланиб келинмоқда.

ЗАҲРИ ҚОТИЛЛАРНИНГ ОРГАНИЗМЛАРГА ТАЪСИРИ

Муминова К.Т., М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К.Курбанова
Андижон давлат тиббиёт институти

Биз биламизки, собиқ иттифоқ даврида Ўзбекистонда пахта зараркунандаларига қарши курашишда турли хил кимёвий моддалар, яъни заҳри қотиллардан кенг фойдаланилган. Натижада бу моддалар тупроқда, сувда ва ҳавода меъёридан ортиқча тўпланиб, жонли организмларга зарарли таъсир кўрсатиб келган ва бу таъсир ҳозиргача давом этиб келмоқда.

Бу заҳри қотиллар одам ва тирик организмларга турли йўл билан, яъни сув, озиқ-овқатлар ва ҳаво орқали қонга ўтиб, қон элементлари билан ҳужайра ва тўқималарга қўшилади, уларнинг нормал функционал ҳолатини ўзгаритириб юборади. Организмда турли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Кимёвий моддалар кўп ишлатиладиган жойларда онкологик, яъни ўсма касалликлари кўп учраган.

Текширувларни кўрсатишича қонда заҳарли киёвий моддаларнинг кўпайиши эритроцитлар ва лейкоцитлар ҳамда гемоглабин миқдорининг камайишига, умуман қон плазмасидаги оқсиллар миқдорини камайиб кетишига ва организм иммун системасини пасайишига олиб келади.Заҳри қотиллар билан бир вақтда минерал ўғитлар қўлланилганда тупроқ унумдорлигини ортирадиган тирик организмни нобуд бўлишига сабаб бўлади.

Ҳозирги кунда Андижон давлат тиббиёт институтида пестицитлардан дикват, паракватни оқ каламушларга юборилиб ҳаётий муҳим органлардан юрак, жигар, буйрак ва бош мия тўқималарига таъсири ўрганилди.

Тажрибада олинган маълумотлардан аниқландики, заҳри қотиллар таъсиридан юқоридаги органларда касалликларни келтириб чиқаришга сабаб бўлган перекис липидлар миқдори ортганлиги кузатилди.

Шундай қилиб, олинган биокимёвий таҳлиллар шуни кўрсатдики, заҳри қотиллар таъсирида, организмда ферментларнинг активлигини бузилиши оқибатида турли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади.

СИСТЕМА ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Назиржонов О.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Современная система высшего образования призвана обеспечить подготовку студентов, да и преподавателей на качественно новом профессиональном уровне. Особую роль в этом призвана сыграть оптимизация системы информационного обеспечения преподавателей и студентов. В большей степени реализация информационных технологий касается преподавательского состава, поскольку их профессиональная способность, авторитет и результативность их деятельности зависят от умения самостоятельно и систематически расширять собственный кругозор в выбранной дисциплине.

Кроме того, использование широких информационных возможностей сети Internet и разнообразного программного обеспечения позволяет преподавателю эффективно воздействовать на самостоятельную познавательную деятельность студентов и активизировать психологические механизмы мотивации к процессу познания, а также повышать уровень информационной компетентности преподавателя. При этом создаются возможности не только для передачи информации от преподавателя к студенту, но и возрастает роль самоподготовки студентов к практическим занятиям с использованием различных источников информации. Однако для изучения анатомии приоритетным остается работа студентов в секционном зале и анатомическом музее непосредственно с трупным материалом, используя главный принцип изучения анатомии «anatemno – рассекаю». Конечно, современные компьютерные технологии предлагают широкие возможности изучения человека в виде различных красочных МРТ- изображений, но перевод классических форм обучения только на информационные технологии невозможен, наиболее перспективным представляется использование смешанных форм обучения.

Основная часть. Взрыв компьютерных технологий в последней трети прошлого века не обошел стороной и одну из древнейших отраслей человеческих знаний – анатомию человека. В настоящее время в интернет-ресурсах можно обнаружить огромное количество виртуальных источников, в той или иной степени отражающих строение тела человека. На наш взгляд, их можно классифицировать в три группы. Первую составляет категория всем хорошо знакомых электронных версий анатомических учебников и атласов. Как правило, весьма весомые ана- томические фолианты возможно изучать с помощью компактных гаджетов, что несомненно очень удобно. Качество этих электронных версий весьма различно – от пиратских pdf-версий до лицензионных высококачественных продуктов. В последнее время стало хорошим тоном сопровождать анатомические издания DVD- дисками (как пример, серия учебников и атласов последних лет издательства Геотар-Медиа).

Причем это представляет интерес и для преподавательского корпуса в рамках изучения (или критики) профессионального опыта коллег. Помимо текстовой информации для анатомии крайне важно визуально изучить строение тела человека. Для этого имеется вторая группа источников анатомической информации. Ее составляют электронные анатомические атласы с плоскостным изображением (появились одними из наиболее первых), виртуальные анатомические модели, и, нако- нец, атласы с использованием 3D реконструкции. Встречается ряд ресурсов, где все три указанные выше версии изображения тела человека представлены в очень оригинальных сочетаниях. Особую ценность представляют реальные изображения тела человека, как например платформа для медицинского образования

Заключение. «Анатомия виртуального человека» на основе анатоми- ческого проекта «Visual Human Project» созданного по натуральным изображениям 3D секции тела человека 30 лет с интервалом в 1 мм. Диапазон пользователей данного ресурса – от студента до профессора. И, наконец, третью, наиболее совершенную версию составляют атласы, реализуемые на операционной платформе Google Android. Использование сенсорного управления изображением позволяет увеличивать и уменьшать, поворачивать изображение во всех плоскостях, т.е. получать максимально реальную визуальную информацию. Дальнейшее развитие виртуальных технологий в анатомии, на наш взгляд, должно идти по пути накопления и отражения сведений по анатомической изменчивости тела и органов человека, что приблизит компьютерные технологии к существующей реальности.

ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.Ў.
Андижон Давлат тиббиёт институти

Таълим технологияси - таълим моделларини оптималлаштириш мақсадида, инсон ва техника ресурслари, уларнинг ўзаро таъсирини хисобга олган холда бутун ўқитиш ва билимларни ўзлаштириш жараёнини яратиш, қўллаш ва аниқлаш тизимидир.

Мақсад - тингловчиларда таълим технологиялари бўйича билим, кўникма ва малакаларни такомиллаштириш.

Кутилаётган натижа - таълим технология моҳияти ва турларини билиб оладилар; таълим технологиялари элементлари, уларни танлаш ва ўқув жараёнига тадбиқ этиш бўйича кўникмалари шаклланади; ўқув жараёнини таълим технологиялари асосида лойиҳалаштиради ва уни амалга ошира оладилар.

Технология - юнонча «techne» сўзидан олинган бўлиб, махорат, санъат ва «logos» - сўз, таълимот маъносини англатади.

Тизим деб тартибланган, ўзаро узвий боғланган ва биргаликда умумий функцияни бажарувчи элементлар тўпламига айтилади.

Таълим технологиясига олимлар турлича таъриф берганлар.

Педагогик муваффақиятни кафолатлай оладиган ва таълим олувчи шахсини шакллантириш жараёни лойихасидир (В.П. Беспалько).

Ўқув жараёнига ёндошган холда олдиндан белгилаб олинган мақсад кўрсаткичларидан келиб чиқиб, ўқув жараёнини лойихалаштириш (М.В. Кларин).

Ўқитиш воситалари ёрдамида таълим олувчиларга муайян шароитда таъсир кўрсатиш орқали уларда олдиндан белгиланган шахс сифатларини интенсив шакллантириш жараёнидир (Н. Сайидахмедов).

Педагогик жараённи техника имкониятлари ва инсоннинг техникавий тафаккури асосида стандарт холга солиб, унинг оптимал лойихасини тузиб чиқиш билан боғлиқ ижтимоий ходисадир (Б.Л. Фарберман).

Таълим олувчилар харакатларида акс этган ўқитиш натижалари орқали ишончли англаб олинадиган, аниқланадиган мақсадни ифодалайди (И.Я. Лернер). Аввалдан режалаштирилган натижаларга олиб борувчи ва бажариши шарт бўлган тартибли амаллар тизимидир (В.М. Монахов). Таълим технологияларини қуйидаги турларга бўлиш мумкин:

Анъанавий таълим модели - муайян муддатга мўлжалланган, таълим жараёни кўпрок ўқитувчи шахсига қаратилган бўлиб, ўқитишнинг анъанавий шакли, методи ва таълим воситаларининг мажмуидан фойдаланиб таълим-тарбия мақсадига эришишдир. Бунда маъруза, намойиш, видео, тўрт погонали, хикоя, тушунтириш, савол-жавоб усулларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Анъанавий таълим модели афзалликлари:

-Маълум кўникмаларга эга бўлган ва аниқ маълум тушунчаларни, фанни ўрганишда фойдали;
-Таълим берувчи томонидан ўқитиш жараёнини ва ўқитиш муҳитини юқори даражада назорат қилиниши;
-Вақтдан унумли фойдаланиш;
-Аниқ илмий билимларга таянади;

Ноанъанавий таълим модели-муайян муддатга мўлжалланган, таълим жараёни марказида таълим олувчи шахси бўлиб, ўқитишнинг замонавий шакли, фаол ўқитиш методлари ва замонавий дидактик воситаларнинг мажмуини таълим-тарбия ишидан кўзланган мақсад ва кафолатланган натижага эришишга йўналтиришдир.

Ноанъанавий таълим моделини ўз навбатида қуйидаги турларга бўлиш мумкин:

“Аклий хужум” методи - бирор муаммо бўйича таълим олувчилар томонидан билдирилган эркин фикр ва мулохазаларни тўплаб, улар орқали маълум бир ечимга келинадиган методдир;

“Кичик гурухларда ишлаш“ методи - таълим олувчиларни фаоллаштириш мақсадида уларни кичик гурухларга ажратган холда ўқув материалларни ўрганиш ёки топшириқни бажаришга қаратилган дарсдаги ижодий иш;

“Баҳс -мунозара” методи - бирор мавзу бўйича таълим олувчилар билан ўзаро баҳс-мунозара ва фикр алмашув тарзида ўтказиладиган методдир;

“Моделлаштириш” - реал хаётда ва жамиятда юз берадиган ходиса ва жараёнларнинг ихчамлаштирилган ва соддалаштирилган кўринишини аудиторияда яратиш ва уларда тълим олувчиларнинг шахсан қатнашиши ва фаолияти эвазига таълим олишини кўзда тутади. Бунда ишбоп ўйин, ролли уйин, кластер усулларидан фойдаланиш мумкин;

“Тадқиқот” - талабалар томонидан муаммони тушуниш ва ечиш, мустақил билим олишни кучайтирадиган ва шунга ундайдиган усуллар йиғиндисидан иборатдир. Бунда лойихалаш, йўналтиувчи матн усулларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир;

Ноанъанавий таълим модели афзалликлари:

-Ўқитиш мазмунини яхши ўзлаштиришга олиб келиши;
-Ўз вақтида алоқаларнинг таъминланиши;

-Тушунчаларни амалиётда қўллаш учун шароитлар яратилиши;
-Ўқитиш усулларининг турли хил кўринишлари таклиф этилиши;
-Муаммоларни ечиш кўникмаларининг шаклланиши.

Хулоса қилиб айтганда ўқув жараёнини лойихалаштиришни қуйидаги боскичларда кўрсатиш мумкин:
Дарс мақсади ва натижаларини белгилаш;
Назорат топшириқлари ва бахолаш мезонларини ишлаб чиқиш;
Таълим воситаларини танлаш;
Таълим шаклларини белгилаш;
Дарс турини танлаш;
Дарснинг технологик харитасини ишлаб чиқиш.

ЧТО МОЖЕТ НАНОМЕДИЦИНА?

Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.У.
Андижанский Государственный медицинский институт

Нанотехнология - область прикладной науки и техники, занимающаяся изучением свойств объектов и разработкой устройств размеров порядка 10^{-9} м или 10 нм.

Нанотехнологии - это технологии манипулирования веществом на атомном и молекулярном уровне при с целью создания нано структур, нано устройств и материалов со специальными свойствами.

Нанотехнологиями сегодня активно занимаются примерно в 50 странах. Лидируют США, Япония, Южная Корея, Германия.

Многие говорят о нанотехнологиях в медицине и наномедицине как о научно-технической революции, но очень мало кто знает, что это такое. Мир меняется все быстрее и реальным становится многое из того, что раньше казалось фантастикой**.** Нанотехнологии и наномедицина коренным образом меняют наши представления о человеке. О наномедицине способной являть «чудо» регенерации систем, органов и тканей организма человека, решать проблемы генетически обусловленных болезней, а также биологического старения можно говорить, как о научно-технической медицинской революции. Революция под названием «наномедицина» намечается уже сегодня.

Наномедицина - новое перспективное научное медицинское направление, в основе которого лежит точечное воздействие на организм на атомном и молекулярном уровнях, а также использование предназначенных для этой цели новых физических принципов, миниатюрных нанороботов, информационных и телекоммуникационных технологий, нанокомпьютеров с искусственным интеллектом и разумом.

В настоящее время целый ряд групп ученых во всем мире работает над созданием микро устройств, которые могли бы функционировать внутри человеческого организма. Такие устройства могут быть стационарно закрепленными в тканях, перемещаться пассивно (например, вдоль желудочно-кишечного тракта) или активно. В последнем случае они могут "ползти" по поверхностям внутренних полостей человеческого организма, плавать во внутренних жидкостях или, даже, "пробуравливать" себе ходы в тканях.

Современное состояние и тенденции развития наномедицины создают предпосылки для развития технологий кибернетической наномедицины. Это новое междисциплинарное направление медицинской науки в настоящее время находится в стадии становления. Его методы только выходят из лабораторий, а большая их часть пока существует только в виде проектов. Однако большинство экспертов полагает, что именно эти нанотехнологические методы станут основополагающими в XXI веке. Так, например, Американский Национальный институт здоровья включил наномедицину в пятерку самых приоритетных областей развития медицины в XXI веке, а Национальный институт рака США собирается применять достижения наномедицины при лечении рака. Применение нанотехнологий в терапии социально-значимых заболеваний человека, таких как онкология, кардиология, инфекционные заболевания позволит многие болезни просто вычеркнуть из списка опасных заболеваний, все будут наслаждаться жизнью намного дольше. Американцы создали материал, имитирующий настоящую костную ткань. Применив метод само сборки волокон, имитирующих природный коллаген, они «посадили» на них нанокристаллы гидрооксиапатита. А уже потом на эту «шпатлевку» приклеивались собственные костные клетки человека – таким материалом можно замещать дефекты костей после травм или операций.

Как будет реагировать организм человека на нанороботы?

Как известно, наша иммунная система реагирует на чужеродные тела. Поэтому размер нанороботa будет играть важную роль. Утверждается что проблема биосовместимости не очень сложна. Выходом из этой проблемы будет создание роботов на основе алмазоидных материалов. Благодаря сильной поверхностной энергии и алмазоидной поверхности и сильной ее гладкости внешняя оболочка роботов будет химически инертной.

Могут ли влиять «устаревшие нанороботы» на человека?

Когда механизм завершит свою работу, нанодоктора должны будут удалять нанороботов из организма человека. Поэтому опасность того, что «устаревшие нанороботы», оставшиеся в теле человека будут работать неверно, очень мала. Нанороботы должны будут спроектированы так, чтобы избежать сбоев в работе и уменьшить медицинский риск. А как нанороботы будут удалены из тела? Некоторые из них будут способны к самоудалению из организма человека путем естественных каналов. Другие же будут спроектированы таким образом, чтобы их могли удалить медики. Процесс удаления будет зависеть от устройства данного нанороботa.

Что может быть сделано неправильно в течение лечения нанороботами человека?

Считается, что первостепенной опасностью для пациента будет некомпетентность лечащего врача. Но ведь ошибки могут происходить и в неожиданных случаях. Одним из непредвиденных случаев может быть взаимодействие между роботами при их столкновении. Чтобы таких ситуаций не возникало лечащий врач должен постоянно следить за работой нанороботов и в случае чего перепрограммировать их. Поэтому квалификация врача является очень важным фактором.

Основными областями применения нанотехнологий являются: технологии диагностики, протезирование (Кератиновое протезирование волос), лекарственные аппараты, имплантаты (Имплантация зубов без разреза десны).

Наука развивается стремительно и не удивительно, что и наномедицина уже через несколько лет станет такой же доступной, как Интернет!

Вывод: Воздействие нанотехнологий на жизнь обещает иметь всеобщий характер, вследствие чего изменится экономика и будут затронуты все стороны быта, работы, социальных отношений. Использование инновационных материалов XXI века позволит воплощать в реальность самые немыслимые проекты. С помощью нанотехнологий мы сможем экономить время, получать больше благ за меньшую цену, постоянно повышать уровень и качество жизни. Камень преткновения современной нанотехнологии – невозможность массового производства высокотехнологичных продуктов. Утверждается, что в ближайшем будущем, с помощью них можно будет не только побороть любую физическую болезнь, но и предотвратить ее появление.

Результаты, демонстрирующие потенциальные возможности нанотехнологии, уже достигнуты, но технологий массового производства пока не существует.

ФОРМИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК СРЕДСТВО ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ УГРОЗЕ СО СТОРОНЫ ИКТ

Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.У.
Андижанский Государственный медицинский институт

Реалии информационного общества порождают новые проблемы или актуализируют существовавшие в новом аспекте. Информационная связь со средой для субъекта социальных отношений является важнейшим условием его нормальной жизнедеятельности. Постоянный приток информации необходим человеку для социального поведения, для самоопределения и саморазвития. Отсутствие или прекращение информационной связи может привести к психическим отклонениям и даже заболеваниям. Огромное влияние на человека оказывают информационные контакты, содержание, объем и структура поступающей и перерабатываемой информации. Информационно-коммуникативные процессы могут таить в себе опасности, представляющие реальную и все возрастающую угрозу для развития личности и общества. Интернетизация общества обусловила появление новых видов информационных источников и информационных контактов - в социальных сетях, на форумах, в чатах. Закономерностью развития современного общества становится стремительное увеличение и преобладание информации, постигаемой из информационных источников. Объем информационного воздействия резко возрастает и это тоже может негативно сказаться на психике человека. Это приводит к сокращению непосредственного личного общения и, как следствие, трансформации видов общения, опыта и системы ценностей, особенно, у молодежи.

Возросший информационный поток снижает рациональность и критичность восприятия индивида, что создает благоприятную возможность для ведения информационной войны и, следовательно, создает информационную угрозу, которой необходимо противодействовать системно и различными способами.

Проблема информационно-психологической войны и информационной безопасности — одна из самых острых сегодня и вполне обоснованно находится в центре внимания ученых, педагогов, политиков и военных.

Термины «информационная война», «информационное оружие», «информационные атаки», «информационная безопасность личности, общества, государства» - это не абстрактные понятия, а реальные насущные проблемы современного общества.

Целью информационной войны является достижение превосходства в своевременности, полноте и достоверности получения информации, скорости и качестве её переработки и донесения до исполнителей. К средствам информвойны относятся программы-оборотни, уничтожающие информацию, компьютерные

вирусы, программы воздействия на персонал (зомбирование), программы запрещенного доступа к закрытым информационным ресурсам, средства выведения из строя информационных систем противника, логические бомбы.

Психологическая война имеет целью демонстрацию силы и соответствующее воздействие на сознание, психику и поведение людей. Использование ИКТ для манипулирования личностью и информационно-психологического воздействия на людей стало обычным явлением не только в экономической и политической борьбе, но и в повседневной жизни.

Объектами информационно - психологических атак могут быть:

ценностные ориентации человека, потребности, интересы, склонности;

психические состояния, когнитивные структуры (информационно-ориентировочная основа поведения);

социальная активность, операциональный состав деятельности;

способ мышления, стиль поведения и общения, привычки, умения, навыки;

творческая деятельность и т.д.

Известный лозунг «кто предупреждён, тот защищен» актуален и является установкой в противодействии негативному информационно-психологическому воздействию со стороны ИКТ. Просвещение через образование остается действенным средством.

Проблема информационно-психологической безопасности в условиях независимого Узбекистана довольно не новая. Однако, осознание необходимости формирования безопасности и противодействия информационным угрозам уже существует в обществе и требует совместных (конкретных и действенных) усилий ученых-обществоведов, педагогов, психологов, политиков, журналистов для работы по предупреждению новых угроз в современном мире в масштабе государства. Особенно это важно для работы с молодым поколением, которое в силу возрастных особенностей в большей степени подвержено негативному влиянию со стороны ИКТ.

Для организации защитных мер необходимо решать следующие задачи: своевременно обнаруживать факт манипуляции и его направленность, давать прогноз цели и последствий воздействия (изменение поведения, взглядов, оценок, ущерба объекту), формировать адекватную ответную реакцию.

АНДИЖОН ШАҲРИДАГИ АВТОТРАВМАЛАРНИНГ ОХИРГИ ЎН ЙИЛЛИК ИНТЕРВАЛДАГИ СТАТИСТИК ЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШИ

Науманов М., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш: Автотравмаларда шикастланишлар ва ўлим ҳолатларининг олдини олиш ҳозирги даврнинг долзарб муаммоларидан биридир. Автотравмалардан ўлим ҳолатлари жамиятда муҳим ўрин тутиб, у кўпчилик ҳолатларда ёш болалар ва балоғат ёшидаги инсонларни ўлимига сабаб бўлади [Богомолов Д.В., 2003, Бабоханян Р.В. ва б. 2004, Гречишников Р.К., 2007, Ефимов А.А. ва б. 2008].

Тадқиқот материаллари ва усуллари: тадқиқотда Ўзбекистон Республикаси суд тиббий экспертизаси илмий маркази Андижон филиалида 2009 ва 2019 йилларидаги автотравмаларда вафот этган инсонлар экспертиза хулосалари ўрганилди. Бунда механик жароҳатлардаги автотравмалар салмоғи, транспорт травмаларининг ёшга, йил фаслига, жинсга, ўлим сабабларига нисбатан солиштирма таҳлили ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: 2009 йилда Андижон шаҳрида жами 277та механик жароҳатлар қайд этилиб, унинг 211таси (76%) транспорт травмасига, шулардан 200таси (95%) автотравмаларга тўғри келди. Бу автотравмаларда 107 (48%) пиёдалар жароҳат олиб ҳалок бўлишган. 14ёшгача бўлган болалар ўлими 35та бўлиб, 17%-ни ташкил этган. Йил фаслларига нисбатан кўпроқ автотравмалар ёз 52 (30%) ва куз ойларида 67 ҳолатда (39%) қайд этилган. Нисбатан кўпроқ автотравмалар ўлим ҳолатлари эркакларда кузатилган 167 (79%) ҳолат. Ўлим сабабларидан очиқ ва ёпиқ калла мия шикастлари 75 (36%), қорин бўшлиғи аъзоларини шикасти 24 (11%), кўкрак қафаси ва аъзоларини шикасти 24 (11%), қўл юмшоқ тўқималари ва суякларининг шикастлари 30 (14%) ҳолат нисбатан салмоқли бўлган. 2019йилда эса жами 262та механик жарохатлар кузатилиб, шундан 173 таси (66%) транспорт травмасига, улардан 166 таси (96%) автотравмага тўғри келган. Пиёдалар шикастланиши 83 ҳолатни (48%) ташкил этган. 14ёшгача бўлган болалар автотравмаларидаги ўлим ҳолати 21та (12%), 14ёшдан катталарда 152 ҳолатни (88%) ташкил этган. Нисбатан кўпроқ ёз 54та (31%) ва куз ойларида 73та (42%), кўпроқ эркакларда 139 (80%) ҳолат қайд этилган. Мастлик ҳолати 12 (7%) ҳолатда кузатилиб, 2009 йилга нисбатан деярли 2 баробар камайган. Калла суякларининг синиши, юмшоқ тўқималар шикастланишлари 73 (42%) ҳолатда, қорин аъзоларининг шикасти 55 (32%) ҳолатда, кўкрак қафаси ва аъзоларини шикасти 69 (40%) ҳолатда, қўл -суякларининг синиши, юмшоқ тўқималарининг шикастлари 33 (19%) ҳолатда, оёқлар суякларининг синиши ва юмшоқ тўқималарининг шикасти 29 ҳолатда (17%), бошқа аъзолар суяклари ва юмшоқ тўқималарининг шикастлари 21 (12%) ҳолатни ташкил этган.

Ўн йиллик интервалдаги маълумотлар ўрганилганда механик жароҳатлардан транспорт травмаси миқдори, 14 ёшгача болалар ўлими, маст ҳолатида автотравмаларни юзага келтириш ҳолатларининг камайиши, шу билан бирга йилнинг иссиқ даврларида автотравмалар миқдорининг ортиши, бунда ўлим сабаби бўлган калла суяклари ва юмшоқ тўқималар, қорин бўшлиғи аъзолари, кўкрак қафаси ва кўкрак бўшлиғи аъзолари, қўлларнинг шикастланиши деярли 2-3 маротаба ортиши қайд этилди.

Хулоса: маълумотлар ўзаро солиштирилганда 2009 йилга нисбатан 2019йилда транспорт травмаларини камайиши, йилнинг ёз ва куз фаслларида кўрсаткичлар деярли 1,5-2 баробар ортиши, маст ҳолда транспортни бошқариш ҳолатлари хам деярли икки марта камайиши, ўлим сабабларини калла, кўкрак қафаси суякларини ва юмшоқ тўқималарини шикастланиши, қорин бўшлиғи аъзоларини шикастланиши ортиши кузатилди.

ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИДА ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДАГИ МОРФОМЕТРИК ЎЗГАРИШЛАР

Науманов М., Маматалиев А.Р., Маматалиева М.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Кириш: узоқ вақт давомида биогеокимёвий муҳит омиллари таъсири остидаги эндемик бўқоқ ҳудудида яшаётган тўсатдан коронар ўлимлардан вафот этган инсонлар юраги, коронар томирлари, қалқонсимон безида ўзига хос морфологик ва морфометрик ўзгаришлар юз беради.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. тўсатдан юрак ўлимларида қалқонсимон бездаги морфологик ва морфометрик ўзгаришлар 40 нафар 30-70 ёшдаги эркакларда ўрганилди. Уларга назорат гуруҳи сифатида ушбу ёшдаги 40 та тўсатдан бошқа сабабларда (йирик қон томирларни шикастланиши, ички қон кетишидан) вафот этган инсонларнинг қалқонсимон без тўқимаси кўрсаткичлари бўлди.

Қалқонсимон без морфометрияси МОФ-15 окуляр-микрометрда фолликулалар диаметри, фолликуляр эпителий ядроси диаметри ва баландлиги, строма қалинлиги ўлчанди, фолликула – ҳужайра индекси ҳисобланди, фолликуляр эпителий десквамацияси ўрганилди. Ушбу материалларни ўрганишда суд тиббий гистология материалларидан фойдаланилди. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун – морфологик, морфометрик, статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Тадқиқот натижалари. назорат гуруҳида ёш ортиши билан атеросклеротик ўзгаришлар кучайиб бориб, қалқонсимон безнинг морфофункционал фаоллиги пасайиши кузатилди. Тадқиқот гуруҳида тўсатдан коронар ўлимларда қалқонсимон без паренхимасида тиреоцитларни фаоллашув белгилари, тугунларда эса тиреоцитлар фаоллашишини морфологик белгиларини йўқлиги кузатилди.

Тўсатдан коронар ўлимларда қалқонсимон без фолликулалари тузилишининг гормонал компонентлари резорбцияланиши кузатилади: тиреоцитлар вазифасининг фаоллашиши (тиреоид эпителий баландлигининг ортиши, суюқ коллоидли микрофолликулалар сонини ошиши билан янги фолликулаларнинг ҳосил бўлиши, кескин микроциркулятор ўзан томирлар реакцияси. Бу кўрсаткичлар назорат гуруҳига таққосланганда ишончли фарқ қилди.

Ёш катталашган сари қалқонсимон без томир деворларида орган ишемияси билан кузатилувчи склероз, қалинлашиш аниқланди. Морфометрик текширувда тадқиқот гуруҳларида фолликула диаметрлари: 110-121-150-144 мкм, без эпителийси баландлиги 4,6-4,5-4,3-4,1 мкм га тенг бўлди. Назорат гуруҳида фолликула диаметри 115-120-140-150 мкм, эпителий баландлиги эса 4,7-4,7-4,5-4,4 мкм-ни ташкил қилди. Қалқонсимон без тўқимасида фолликула диаметри тугундан ташқарида (микронларда) 125-106-117-109 мкм; эпителий баландлиги (микронларда): 4,3-5,1-4,7-4,6мкм-га тенг бўлди. Тугунда фолликула диаметри: 153-164-161-162 мкм, эпителий баландлиги 5,5-6,4-6,0-6,1мкм.

Тўсатдан коронар ўлимларда коронар томирларнинг атеросклеротик зарарланиши ва қалқонсимон безнинг морфофункционал ҳолати ўртасида тескари муносабат мавжудлиги аниқланди

Хулоса: Эндемик бўқоқ ҳудудидаги аҳоли қалқонсимон без фаолиятининг ушбу тарзда ўзгариши компенсатор адаптив реакция сифатида қайд этилди. Тўсатдан коронар ўлимларда қалқонсимон безнинг секретор ва резорбтив фаолиятини морфологик белгиларининг намоён бўлиши миокард зарарланиши билан параллел бўлди. Қалқонсимон без фолликуляр аппарати ва капилляр тармоғининг морфологик қайта тузилиши тўсатдан коронар ўлимларда қалқонсимон без функционал ҳолатидаги ўзгаришларни акс эттириб, асосий касаллик патогенезини бир қисми ҳисобланади.

ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ ҲУДУДИДА КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Отажонова Д.О., Рахманова С.С.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ҳозирги кунда Орол денгизи ҳавзасида юзага келган экологик нохушлик ҳолати ва бу билан боғлик бўлган инсон саломатлиги кўрсаткичларининг мураккаб ҳолатга тушиб қолганлиги илмий манбалар шархидан маълум (1). Шу муносабат билан одамларнинг саломатлик кўрсаткичларига ноқулай экологик омилларнинг салбий таъсири борган сари ошиб бораётганини эътиборга олиб, Ўзбекистон шароитида кўпгина касалликларга нисбатан тиббий йўналиш ва қарашларни қайта кўриб чиқиш, ҳозирги замон талабларига мос бўлган тадбир бўлиб қолмокда (2,3,4). Жаҳоннинг йирик олимлари томонидан узоқ йиллар давомида олиб борилган кузатувлар натижасида инсон организмида ҳар хил касалликлар келиб чиқиш хавфини туғдирадиган омилларнинг маълум таснифи, янги айрим гуруҳларга ажратиш тартиби ва уларнинг касалликлар ривожланишига таъсир даражаси ўрганилган (5). Мазкур натижаларнинг таҳлилига кўра инсон саломатлиги ва унинг кўрсаткичлари 18-20% ҳолларда иқлим ва ташқи муҳит омилларига айни даражада инсон биологиясига, 48-52% ҳолларда эса ҳар бир кишининг шахсий турмуш тарзига боғликдир. Тиббий хизмат билан боғлик омиллар фақат 8-10% ҳолларда инсон саломатлигини белгилайди. Демак, одамлар саломатлигини белгиловчи омилларнинг 66-72% қисми уни ўраб олган муҳитда мавжуддир (6,7). Атроф-муҳит инсоннинг ўсиб ривожланиши ва соғломлигининг мустаҳкам бўлиши учун ўзига хос шарт–шароитларни вужудга келтиради. Лекин бундай шароитлар инсон билан уни ўраб турган табиий муҳит ўртасида муайян даражада ижобий муносабат ўрнатилгандагина яратилади, зеро ҳозир ва келажак авлодлар турмуш тарзининг яхшиланиши, асосан экологик омилларга боғлик (1). Бутун Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра 80% дан ортиқ касалликлар экологик шароит билан боғлиқ бўлган касалликлар ҳисобланади.

Илмий текшириш ишимиздан **мақсад,** жанубий Орол бўйи минтақаси ҳисобланган Хоразм вилояти худудида турли хил касалликларга мойиллик туғдирувчи салбий этиопатогенетик ташқи муҳит омилларини ўрганиш ва шулар асосида тўғри йўналтирилган профилактик ва даволаш усулларини белгилашдир.

Хоразм вилояти директив идораларининг расмий маълумотларига ва ТТА Урганч филиалида қилинган илмий ишларнинг хулосаларига асосан олинган маълумотлар таҳлил қилинди.

Кундан кунга мураккаблашиб бораётган Орол денгизи фожеаси ижтимоий –иқтисодий томондан фақат Марказий Осиё мамлакатларида эмас, балки глобал миқёсда муҳим жумбоққа айланиб улгурган, ҳозирги кунда яхши маълум бўлган шубҳасиз далилдир (4). Аммо ундан фойдаланиш бир неча ўн йиллар давомида кўпол тарзда бузиб олиб борилиши натижасида денгиз қурий бошлади. Бу ўз навбатида унинг атрофидаги ҳудудларда салбий табиий ва антропоген ўзгаришларга олиб келди. Табиий сув миқдори кескин камайди ва бу ўз навбатида тизимда бўлган мувозанатнинг ўзгариб кетишига асос бўлди (7).

Сўнгги йилларда Орол денгизи сувининг сатхи 14 метр пасайди, денгизнинг сув майдони-40%, сув ҳажми-60% қисқарди, сувнинг ўртача шўрлиги 30 г/л га етди, қирғоқлари -80-100 кмга чекинди, даштлик 2 млн. гектар экиладиган ерларни қамраб олади, чанг-тўзонларнинг таъсир доираси 300 км ва ундан кўпроқ масофага етди. Бундай ҳолат худуднинг санитария кўрсаткичларига салбий таъсир кўрсатмокда. Бунинг оқибатида минтақада экологик, ижтимоий-иктисодий жиҳатдан хавфли ҳолат юзага келди. Хужаликларнинг сув билан таъминланиши кескин бузилди, миллий даромад камайди, ижтимоий танглик ривожланди ва натижада аҳоли саломатлигининг кўрсаткичлари салбий томонга ўзгарди.

Минтақанинг иқлими ҳам кескин ўзгармокда, ҳозирги кунда атмосфера ҳавосининг кескин совиши, доимий совуқ чангли шамолларнинг бўлиши фақат охирги йилларда кузатилаётган далиллардир. Охирги йиллар давомида атмосферада ёғин-сочиннинг минераллашуви 6 мартага ошгани, унинг таркиби йилига ўртача 9,8-13,1 мг/л га етиб, унда сульфат иони кўпайгани эътиборга моликдир.

Оғир ҳолат ҳозирги пайтда Орол денгизи атрофида жойлашган барча мамлакатларда кузатилмокда. Аҳолининг тиғиз жойлашганлигини ҳисобга олсак, Жанубий Орол бўйида салбий экологик таъсир кўрсатувчи омиллар кўпроқдир. Орол бўйи минтақасининг умумий майдони 473 минг кв. км бўлгани ҳолда, унинг жанубий қисми шу майдоннинг 245 минг кв. км ни (51,8%), ёки бу Марказий Осиё ҳудудида 19,2% ни ташкил этади. Ҳозирги кунда экологик ҳалокат ҳудудида 10 млн дан ортиқ аҳоли истиқомат қилади. Орол денгизи ва Орол бўйи минтақаси мисолида юз бераётган экологик нохушлик йўлланиши жараёнларнинг шижоатлилиги бўйича жаҳон миқёсида учрамаган. Шу боисдан ҳам экологик ўзгаришларнинг миқдори ва сифат кўрсаткичларини атрофлича баҳолаш катта қийинчиликларга олиб келмокда

Орол бўйи ҳавзасида экологик вазиятнинг мунтазам ёмонлашуви ушбу минтақада яшовчи аҳоли саломатлигига салбий таъсир кўрсатмокда. Агар Хоразм вилоятида 1985 йил умумий касалланиш ҳар 1000 кишига 203,7 ни ташкил этган бўлса, 1995 йилга келиб бу кўрсаткич 884,6 га етди, яъни 4,3 баробарга кўпайди. Расмий маълумотларга қараганда 2002 йилда Хоразм вилоятида нафас олиш аъзоларининг касалликлари-5; сийдик йули касалликлари – 4; ошқозон ичак тизими касалликлари-3,5; сийдик-тош касаллиги -5,5; ўт-тош касаллиги- 8; тери касаллиги - 8 мартага ошган. Хомиладор аёллар касалликлари орасида камқонлик 76,1 % ни, болалар касалликлари орасида эса 78,4 % ни ташкил этади. 81% дан ортиқ хомиладорлар турли экстрагенитал касалликлар билан хасталанганлар (3). Сийдик таносил тизими

касалликларида ҳам ўсиш кузатилди, айниқса катта ёшлиларда ҳар 1000 аҳолига касалланиш 396,6 тани ташкил этди. (1991 йил 346,6 тани ташкил этган эди). Болаларда ҳам бу касалликлар шу йиллар давомида ҳар 10000 ахолига 38,7 дан 44,8 гача кўтарилган. Катта ёшлилардан, чунонча қон айланиш тизими касалликлари ҳам ҳар 10000 аҳолига 243,6 дан 333,7 гача кўпайган. Бу республика ўртача кўрсаткичидан (177,3) 1,9 баробар кўп демакдир. Эътиборга лойиқ далиллар шундан иборатки, чақалоқлар орасида касалланиш 1985 йилга нисбатан 2 баробарга ошган, туғма аномалиялар-1,4 баробарга, ўлик тўғилишлар 1,6 баробарга кўпайган.

Юқорида қайд этилган маълумотлардан шу нарса маълум бўлдики, аҳоли саломатлигига салбий экологиянинг таъсири аниқ бўлиб, у барча аҳоли гуруҳларига бир хил тарзда таъсир қилиш хусусиятига эга. Бундай ҳолат касалликларнинг кўпайиши, хасталиклардан асоратлар қолиши, болалар ва оналар ўлимининг ортиши билан намоён бўлади.

Хулосалар:

1. Сўнги йилларда Орол бўйи денгизи сатҳининг пасайиши, сув майдонининг ва ҳажмининг қискариши, қирғоқларининг чекиниши натижасида унинг атрофидаги минтақанинг иқлими ўзгарган, сувнинг минерализация даражаси ошган ва тупроқ таркиби бузилган.
2. Жанубий Орол бўйи ҳавзасида экологик вазиятнинг мунтазам ёмонлашуви ушбу минтақада яшовчи аҳоли саломатлигига салбий таъсир кўрсатмоқда.
3. Жанубий Орол бўйи минтақасида яшовчи аҳоли орасидаги касалликларнинг нисбатан кўп учраши ва оғир асоратли кечиши, бу муаммонинг ечимини топишга жиддий эътибор берилишини тақозо қилади.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ РАК ПРЕДСЕДАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Раззаков Б.Ю.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из самых важных вопросов, стоящих перед урологами и патоморфологами, является определение прогноза после радикальной простатэктомии (РПЭ). Наиболее ценной информацией для ответа на этот вопрос являются результаты патоморфоло-гического исследования препарата после РПЭ.

Так, по данным Stamey с соавт рецидив рака предстательной железы (РПЖ) после РПЭ может быть предсказан с высокой степенью точности на основании результатов патоморфологического исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения рака предстательной железы путем разработки системы прогнозирования и дифференцированного алгоритма морфологического исследования после различных видов проведенного лечения.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 80 пациентов с раком председательной железы и гистологической биопсией для скрининга для выполнения поставленной задачи.

Результаты исследования. Нами проведено патологоанатомическое диагностическое исследование материала 80 трансректальных биопсий предстательной железы. После изучения микропрепаратов, окрашенных гематоксилином и эозином, из 12 точек биопсии в каждом случае (всего 960 микропрепаратов) нами были отобраны по 2-4 парафиновых блока от каждого больного с подозрением на аденокарциному или с наличием ацинарной аденокарциномы простаты (сумма Глисона 4, 6 и 7), изготовлены срезы для проведения ИГХ исследования (823 микропрепарата). Таким образом, ИГХ исследованию было подвергнуто 16,7-33,3 % биопсийного материла, чаще из наиболее сомнительных образцов ткани.

Иммунофенотип ацинарной аденокарциномы предстательной железы (класс 1 ISUP, сумма Глисона 2 + 2 = 4, 3 + 3 = 6 и класс 3 ISUP, сумма Глисона 4 + 3 = 7) в 100 % случаев характеризовался как: высокомолекулярные цитокератины (-), протеин Р63 (-), PSA (+), PSAP (+). Биомаркер AMACR (+) продемонстрировал меньшую диагностическую информативность, был позитивен в 38 случаях (95 %) ацинарной аденокарцино-м ы класс 1 ISUP, сумма Глисона 3 + 3 = 6.

Практически во всех случаях РПЖ возникал на фоне ДГПЖ. В 18 случаях (45 %) аденокарцинома предстательной железы, класс 1 ^иР, сопровождалась ПИН высокой степени (2-3-й степень), в т.ч. с наличием участков ПИН криброзного строения.

Вывод. Практическая ценность работы состоит в том, что научные положения обосновывают необходимость комплексного подхода к вопросу морфологической оценки результатов лечения РПЖ с учетом оценки прогностических факторов в первичной и резидуалыюй опухоли при анализе биопсийного и операционного материала.

Разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритмы исследования биопсийного и операционного материала при обнаружении элементов протоковой дифференцировки РПЖ, позволяющие прогнозировать вероятность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

Установлена вероятность диагностики минимального РПЖ у пациентов, которым выполнялось иммунофенотипирование для уточнения неопластического генеза очага атипической мелкоацинарной пролиферации.

МОРФОЛОГИЯ И МОРФОГЕНЕЗ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА

Раззаков Б.Ю.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эндемический зоб - увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода в данном регионе. Йод поступает в организм человека в основном с продуктами питания растительного и животного происхождения. Небольшая часть йода поступает в организм с водой и воздухом.

Йод используется для синтеза гормонов щитовидной железы. Дефицит йода приводит к развитию эндемического зоба. Эндемический зоб - это диффузное увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом поступления в организм йода или другими зобогенными факторами.

Цель исследования. Определить характер морфологических изменений при эндемическом зобе и выявить критерии риска рецидивирования и дисплазии в Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с эндемическим зобом, которым была сделана гистологическая биопсия для тестирования для выполнения этой задачи.

Результаты исследования. Промышленные (избыток соединений фтора, марганца, цианистого водорода и др.) и природные (дефицит йода и селена) факторы вызывают специфические структурные и функциональные изменения щитовидной железы, что требует ранней диагностики и дифференцированного лечения в зависимости от степени эколого-производственного воздействия.

У жительниц села типичная картина неконтролируемого йоддефицитного зоба характеризуется распространенной тиромегалией, частыми узловыми образованиями, раком щитовидной железы, гипотиреозом; при этом - низкий процент аутоиммунного тиреоидита.

Среди жительниц промышленного города, работа которых не связана с вредным производством, несмотря на легкий дефицит йода, проявления йоддефицитного состояния соответствуют средней степени тяжести; аутоиммунный тиреоидит - в 2 раза чаще, чем на селе за счет техногенных воздействий.

При одинаковых природных условиях у работниц промышленных предприятий черной и цветной металлургии частота заболеваний щитовидной железы значительно выше, чем в популяции городских жительниц (тиромегалия в 1,5-2 раза; узловые образования, рак щитовидной железы - в 3-4 раза; гипотиреоз - в 1,5 раза, аутоиммунный тиреоидит - в 2-3 раза). Частота патологии щитовидной железы зависит от стажа работы на вредном промышленном предприятии.

Специфическое биотропное воздействие профессионально-производственных токсикантов обеспечивает вариабельность патологии щитовидной железы: на алюминиевом заводе производственные соединения фтора приводят к частому аутоиммунному тиреоидиту и трийодтирониновому варианту гипотиреоза; на ферросплавном производстве техногенный избыток окислов марганца, азота, меди - к большей зобной трансформации, аутоиммунному тиреодиту, гипотиреозу, ракам щитовидной железы.

Техногенная обусловленность аутоиммунного тиреоидита доказывается его широким распространением среди работниц заводов металлургического производства (в 2-3 раза чаще по сравнению с группой контроля и в 7 раз чаще по отношению к жительницам села) и зависимостью от стажа работы на данном предприятии.

Основным фактором риска формирования нарушений репродуктивного здоровья у жительниц йод- и селендефицитного региона является гипотиреоз и сопутствующая ему гиперпролактинемия.

Техногенные токсиканты при равных природных условиях усугубляют репродуктивные нарушения у работниц заводов: осложнения беременности (анемия беременной, поздний гестоз, внутриутробная гибель плода, угроза прерывания беременности) в 2 раза чаще, чем в контрольной группе и более чем в 3 раза - по сравнению с жительницами села; ранний климакс в 1,5 раза чаще при выраженных нейро-вегетативных и психо-эмоциональных нарушениях.

Учитывая, что 2-годичное применение программ дифференцированной коррекции тиреоидных нарушений в различных группах эколого-производ-ственного риска способствует уменьшению размеров щитовидной железы, количества и размеров узловых образований, позитивным сдвигам в гормональной активности щитовидной железы, снижению риска нарушений репродуктивного здоровья; они могут быть рекомендованы для длительного использования.

Вывод. Результаты иммуногистохимических исследований Кь67, Р 53 и тиреоглобулина углубляют и расширяют представления о характере морфологических изменений при эндемическом зобе и могут быть использованы в фундаментальных патоморфологических исследованиях. Полученные данные об изменении параметров областей ядрышковых организаторов могут быть использованы в качестве дополнительных

критериев оценки пролиферативной активности тиреоцитов при различных формах эндемического зоба, для определения возможности рецидивирования и дисплазии.

Полученные данные могут быть использованы в практическом здравоохранении при исследовании операционного материала и интраоперационных биопсий щитовидной железы, что улучшит качество гистологической диагностики эндемического зоба и дисплазий.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ

Раззаков Б.Ю.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тиреоидная патология сопровождается нарушениями выработки тиреоидных гормонов с развитием гипотиреоза или тиреотоксикоза.

Тиреотоксикоз - это синдром, наличие которого связано с повышенным содержанием тиреоидных гормонов в крови, что встречается при различных заболеваниях или экзогенном избыточном поступлении тиреоидных гормонов.

К тиреотоксикозу относятся такие состояния, при которых имеются клинические и биохимические проявления избыточного содержания тиреоидных гормонов в крови без учета генеза повышения их уровня.

Основными гормонами щитовидной железы являются тироксин (Т4) и трийодтиронин (Т3), которые оказывают разнообразное влияние на организм человека: ускоряют рост и развитие, стимулируют тканевое дыхание, активируют внутриклеточные процессы.

Гормоны щитовидной железы регулируют основной обмен веществ, расход белков, жиров и углеводов, запускают процессы фагоцитоза и иммуногенеза, участвуют в процессах терморегуляции, стимулируют органы кроветворения, усиливают потребление клетками и тканями кислорода, а также использование глюкозы в процессах глюконеогенеза, способствуют адаптации организма и регулируют приспособительные реакции

Цель исследования. Определить характер морфологических изменений в печени при экспериментальном тиреотоксикозе.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на белых крысах-самцах линии Вистар весом от 250 г до 300 г. Все крысы были половозрелые в возрасте 8-9 месяцев. Для проведения опытов отбирали здоровых крыс.

Результаты исследования. В щитовидных железах крыс при экспериментальном тиреотоксикозе развиваются выраженные дистрофические и атрофические изменения тиреоцитов, атрофия и деформация долек, диффузный интерстициальный отек, разрастание соединительной ткани с развитием склероза и морфологической перестройкой структуры органа.

В печени лабораторных животных при экспериментальном тиреотоксикозе развиваются дистрофические, атрофические и деструктивные изменения гепатоцитов, диффузный интерстициальный отек, лимфоцитарная инфильтрация и фиброз стромы. Начальные признаки тиреотоксикоза наблюдаются на 14-е сутки, развернутая картина тиреотоксикоза развивается на 21-е сутки эксперимента.

При экспериментальном тиреотоксикозе выявлено повышение экспрессии протеина Кл-67 на 21-е сутки до 4-5% (контроль - 2-2,5) и снижение к концу эксперимента до 0,5-1,0%. Наибольший индекс пролиферации выявлен на 45-е сутки и составляет в основной группе 9-10 %.

При применении антиоксидантов степень и распространенность дистрофических и атрофических изменений в печени менее выражены. Выраженных деструктивных изменений не выявлено. Начальные признаки тиреотоксикоза появляются значительно позже на 28-е сутки, а развернутая картина - на 45-е сутки эксперимента. Репаративные процессы паренхимы и стромы происходят более интенсивно. Гепатопротекторное действие наиболее выражено при применении мексидола.

Показатели областей ядрышковых организаторов гепатоцитов при тиреотоксикозе увеличиваются от 1,8 (контроль) до 4,0 к 28-м суткам, к концу эксперимента понижается до 2,0. Общая площадь гранул увеличивается с 0,08 мкм (контроль) до 0, 45 мкм к 28-м суткам.

Использование антиоксидантов у лабораторных животных при экспериментальном тиреотоксикозе оказывает гепатопротекторное действие, что позволяет предотвратить развитие тяжелых деструктивных изменений в печени и теоретически обосновать возможность применения антиоксидантов в комплексном лечении тиреотоксического поражения печени.

Вывод. На экспериментальном материале доказано протекторное действие антиоксиданта мексидола при тиреотоксическом повреждении печени. Полученные данные могут быть использованы для улучшения методов лечения и профилактики тиреотоксической гепатопатии.

Полученные сведения о характере структурных изменений щитовидной железы и печени при тиреотоксикозе могут быть использованы для научных целей, при чтении лекций и проведении

практических занятий по патологической анатомии и эндокринологии, а также при составлении учебных и справочных пособий.

Данные иммуногистохимических исследований и показатели областей ядрышковых организаторов могут использоваться в качестве диагностических критериев для диагностики тиреотоксического повреждения печени.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРЫ РАКА ЖЕЛУДКА

Раззаков Б.Ю.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Рак желудка представляет собой гетерогенную группу опухолей с высоким злокачественным потенциалом и неблагоприятным прогнозом. Хотя доля рака желудка в структуре общей онкологической заболеваемости и смертности населения России за последние десятилетия сократилась, эта проблема сохранила ряд не решенных вопросов, требующих дальнейшего углубленного изучения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось совершенствование морфологической диагностики РЖ с комплексной оценкой злокачественного потенциала новообразования и выработкой дополнительных критериев прогноза.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования был текущий операционный материал удаленных желудков 55 пациентов оперированных по поводу рака. Отбирали карциномы с железистой дифференцировкой, гистологической стадии Т1-Т3 (по системе "ШМ, 2011), удаленные в пределах здоровых тканей. Мужчин было 30 (55%), женщин - 25 (45%), соотношение полов - 1,2:1, возраст 27-71 год (в среднем -57,3±7,6 лет), медиана - 58,0.

Результаты исследования. По иммуногистохимической экспрессии муцинов М11С1, МиС2, МиС5АС, МиСб, а также гликопротеина СОЮ, которые продуцируются эпителиоцитами желудка в различных сочетаниях и служат иммунофенотипическими маркерами функциональной гетерогенности железистого эпителия слизистой оболочки желудка в норме и патологии, карциномы желудка можно подразделить на желудочный, кишечный и смешанный иммунофенотипические варианты, при этом функциональный иммунофенотип рака не зависит от локализации в желудке, а также гистологического типа и гистологической стадии опухолевого процесса.

Послеоперационная 4-х летняя скорректированная безрецидивная выживаемость больных раком желудка гистологической стадии Т2-Т3 статистически значимо ассоциирована с функциональным иммунофенотипом опухоли и составляет у пациентов с желудочным иммунофенотипом 26%, со смешанным иммунофенотипом - 12%.

Количественные показатели иммуногистохимической экспрессии галектина-3 и матриксных металлопротеиназ 2 и 3 типа в карциномах желудка статистически значимо связаны с гистологическим вариантом и функциональным иммунофенотипом опухоли.

Количественные показатели иммуногистохимической экспрессии адгезивной молекулы Е-кадхерина, галектина-3, и матриксных металлопротеиназ 2 и 3 типа статистически значимо ассоциированы с послеоперационной выживаемостью больных раком желудка. Признаками неблагоприятного прогноза являются: <50% опухолевых клеток иммунопозитивных к Е-кадхерину и галектину-3, >40% - иммунопозитивных к матриксной металлопротеиназе 2 типа и >50% - к матриксной металлопротеиназе 3 типа.

Показатели клеточной пролиферации (митотический индекс, индекс К167), а также клеточной гибели по типу апоптоза (апоптотический индекс) в карциномах желудка статистически значимо ассоциированы с гистологическим вариантом и функциональным иммунофенотипом опухоли.

В диагностических целях пролиферативный потенциал рака желудка может быть оценен по условному количественному показателю - «коэффициенту клеточного обновления» (ККО), равному соотношению митотического и апоптотического индексов. Значение ККО > 0,7 является достоверным признаком неблагоприятного прогноза рака желудка. Митотический и апоптотический индексы имеют меньшую прогностическую значимость, однако неблагоприятный прогноз вероятен при митотическом индексе >30%о и апоптотическом индексе - <40%о.

Таким образом, независимыми факторами прогноза рака желудка являются функциональный иммунофенотип карциномы по набору иммуногистохимически экспрессируемых муцинов и СОЮ, «коэффициент клеточного обновления», митотический и апоптотический индексы, а также количественные показатели иммуногистохимической экспрессии Е-кадхерина, галектина-3 и матриксных металлопротеиназ 2 и 3 типа. Иммуногистохимическая экспрессия коллагена 4 базальных мембран, тенасцина-С внеклеточного матрикса, мембранная экспрессия Е-кадхерина, а также индекс К167 в карциномах желудка не имеют прогностической значимости.

Протяженность опухолевого инфильтрата, полученная при дооперационной диагностике «проксимального» рака желудка гистологической стадии Т2-Т3 методом магнитно-резонансной томографии, статистически значимо превышает подлинные размеры опухоли и нуждается в коррекции с коэффициентом поправки, равным 0,4.

Вывод. Проведенное исследование подтвердило предположение о возможности влияния функционального ИФТ опухолевых клеток на злокачественный потенциал РЖ. Внесен определенный вклад в изучение параметров клеточного обновления, а также ИГХ экспрессии опухолевыми клетками ряда молекулярно-биологических маркеров, ассоциированных с опухолевым ростом, в карциномах этой локализации.

Показано, что злокачественный потенциал РЖ обусловлен не только гистологическим вариантом и показателями пролиферативной активности опухолевых клеток, но и другими важными регуляторными механизмами: интенсивностью гибели клеток по типу апоптоза, морфо-функциональной дифференцировкой клеток опухоли и уровнем экспрессии белков и протеиназ, участвующих в межклеточных и клеточно-матриксные взаимодействиях. Комплексный анализ результатов позволили разработать дополнительные объективные количественные критерии индивидуального прогноза при РЖ, доступные для применения в повседневной практике.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИИ КОВИД 19 НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Расулова М.И., Хасанова Д.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность проблемы: В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой корона вирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 11 февраля 2020 г. определила официальное название инфекции, вызванной новым корона вирусом, – 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. В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей заболевания, разработка новых средств его профилактики и лечения. Наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта корона вирусной инфекции является двусторонняя пневмония (вирусное диффузное альвеолярное повреждение с микроангиопатией), 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.

Корона вирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека. По результатам серологического и филогенетического анализа коронавирусы разделяются на четыре рода: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* и *Deltacoronavirus*. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции (ОРВИ) до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС или SARS). В настоящее время среди населения циркулируют четыре сезонных корона вируса (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести, а также два высоко патогенных корона вируса – вирус ближневосточного респираторного синдрома (MERS) и новой корона вирусной инфекции COVID-19. 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) и подтвержденной причиной смерти 774 человек в 37 странах мира. С 2004 г. новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, не зарегистрировано. Очередная эпидемия, вызванная корона вирусом MERS-CoV (резервуар – одногорбые верблюды), также из рода Betacoronavirus – ближневосточный корона вирусный синдром, началась в 2012 г. на Аравийским полуострове (82% случаев в Саудовской Аравии). До 2020 г. зарегистрировано 866 летальных исходов от MERS. SARS-CoV-2 – вирус с одноцепочечной РНК позитивной полярности, относящийся к семейству Coronaviridae, роду *Betacoronavirus*. Генетическая последовательность SARSCoV-2 сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 79%.

Исходя из анализа клинической симптоматики, можно предполагать тропность вируса к эпителию гортани, мерцательному эпителию дыхательных путей на всем протяжении, альвеолоцитам I и II типов. Критическая форма COVID-19 является разновидностью цитокинового шторма, а ее проявления сходны с течением первичного и вторичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза (ГЛГ) или синдрома активации макрофагов (САМ). В раннем периоде COVID-19-пневмонии наблюдаются нормальный уровень фибриногена крови, регионального фибринолиза и высокий уровень D-димера, что не является признаком развития острого синдрома активации макрофагов. Этот процесс можно расценивать как САМ-подобное внутрилегочное воспаление, которое усиливает выраженность локальной сосудистой дисфункции, включающую микротромбоз и геморрагии, что в большей степени приводит развитию легочной внутрисосудистой коагулопатии, чем диссеминированного внутрисосудистого свертывания. У пациентов с критическим течением COVID-19 развивается васкулярная эндотелиальная дисфункция, коагулопатия, тромбозы с наличием антител к фосфолипидам, с клинической картиной, напоминающей катастрофический.

Приказы по Корона вирусу МЗ РУз: № 98 от 31.03.2020 «О введении карантинных мер в РУз», № 199 от 5.08. 2020 г. «Об утверждении временных рекомендаций по лечению больных COVID-19», №200 от 5.08.2020 г. Об организации специализированных COVID поликлиник; № 201 от 05.08. 2020 г. Об организации «мобильных бригад»; №228 от 29.08.2020 «Об экстренных мерах организации мероприятий по профилактике корона вирусного заболевания COVID-19, раннего выявления и лечебно-диагностических, а также реабилитационных процессов в общеобразовательных учреждениях в период пандемии»

Цель исследования: Провести анализ эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий в управлении новой корона вирусной инфекции в учреждениях первичной медика санитарной помощи.

Материал и методы исследования: аналитическая деятельность проводилась сотрудниками ЦРПКМР кафедры Семейной медицины с курсом профессиональных заболеваний в лечебно профилактических учреждениях первичного звена здравоохранения Чиназского района Ташкентской области. Была изучена отчетность и деятельность районного медицинского объединения по менеджменту новой вирусной инфекции КОВИД 19, на примере 4 секторов. Проведен анализ деятельности 3-х мобильных бригад, специализированной под COVID-19 поликлиники.

Результаты исследования. По состоянию 4 апреля 2021 года в Чиназском районе выявлено всего 1177 лиц, зараженных КОВИД 19, из них 99,2% (1168) выздоровели, 2 (0,17%) умерли, 7 (0,6%) находятся на лечении (3-е в стационаре, четверо в домашних условиях). Среди выздоровевших 347 человек (29,7%) получали лечение стационарно, 821 (70,3%) в домашних условиях. При изучении деятельности специализированной COVID поликлиники, было отмечено, что для оказания профилактической и лечебной работы больным и подозреваемым в заражении лицам, имеется в достаточном количестве медицинское оборудование и лекарственные средства прописанные в протоколах лечения. Данная поликлиника за август-ноябрь месяцы 2020 года оказала лечебно профилактическую помощь 1315 больным, из них 79 были госпитализированы в специализированную больницу. В отделении скорой медицинской помощи районного медицинского объединения за период апрель-ноябрь 2020 года функционировали 3 мобильные бригады. Ими за данных период госпитализировано 202 больных, зараженных COVID-19, что составляет 58, 2% от всех госпитализированных больных. Розданы больным 946 коробок с препаратами для лечения COVID-19, 1042 коробок для подозреваемых в заражении лицам.

Выводы. Таким образом, в результате достаточно эффективно организованных и проведенных санитарно эпидемиологических мероприятий к январю 2021 года в Чиназском районе удалось добиться стабилизации ситуации по распространению новой вирусной инфекции SARS-CoV-2. Эффективность лечения достиг 99, 2%, смертность составила 0,17%, в условиях стационара лечились 29, 7% от всех зараженных вирусом COVID-19, на долю амбулаторного лечения у ухода пришлось 70, 3% заболевших пациентов, что свидетельствует об общей мобилизации медицинских сотрудников первичного звена здравоохранения (семейных врачей, патронажных медсестер сельских семейных поликлиник и узких специалистов центральной районной много профильной поликлиники). Мобильные бригады госпитализировали всего лишь 58,2% больных COVID-19, остальной контингент в стационар поступали самотеком.

ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОРДИР

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 Мурожаатномада она ва бола соғлигига алоҳида эътибор беришга даъват этилди. Шу мақсадда 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 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 хизматлар 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 этиш борасида етакчи куч сифатида намоён бўлиб келадилар. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномада тиббиёт ходимларининг меҳнатлари қадрланиб, 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 муҳтарам 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 қамраб 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 қийнайдиган 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 холи яшашига хизмат қилади. Биз шифокорлар Президент даъватига “лаббай” деб жавоб берамиз ва фидокорона меҳнатимиз билан халқимизга хизмат қиламиз.

МАКТАБ ТАЪЛИМИНИ ТУБДАН ЯХШИЛАШ ВА УНИНГ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ ХУСУСИДА

Шаробиддинов Б.Т. Рахмонов Р.Р.
Тиббий биология ва гистология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Юртимизда мактаб таълимини тубдан яхшилаш ва унинг сифатини ошириш давлат сиёсати даражасига кўтарилган. Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг йўллаган Мурожаатномада 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 таҳлилий 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 қишлоқларда 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 эталади. Ушбу олийгоҳда чет элдаги етакчи олимлар ва профессор-ўқитувчилар жалб қилиниб, ёшларга энг замонавий дастурлар асосида таълим-тарбия берилади.

Болаларимизнинг меҳнат кўникмаларини мактаб давридан бошлаб шакллантириб бориш мақсадида "касбга ўргатиш тизими" жорий этилади.

Мана шундай ижобий ислоҳотларга ўқитувчи-мураббийлар ҳам "лаббай" деб жавоб беришлари, ислоҳотларни тезроқ самара беришига ўзларининг муносиб ҳиссаларини қўшишлари керак. Чунки таълим-тарбия кечиктириб бўлмас бурч ва мажбурият ҳисобланади.

ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУҲОФАЗА ЭТИЛИШИ

Шокаримова Н.Б. Рахмонов Р.Р.
Тиббий биология ва гистология
Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон Республикаси Президент Шавкат Мирзиёев раҳбарлигида аҳолини саломатлигини мустаҳкамлаш, оналик ва болаликни муҳофаза этишга қаратилган муҳим ислоҳотлар 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 ислоҳотларни янада чуқурлаштиришга алоҳида эътибор қаратилмоқда.

Соғлиқни сақлаш тизимини моддий-техник базасини мустаҳкамлаш, тизимни етарли, малакали мутахассислар билан таъминлаш, тиббиёт ходимларининг меҳнатини рағбатлантириб бориш, замонавий технология, усуллар ва жихозлар билан таъминлаш энг муҳим масала сифатида кундаланг 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 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 ислоҳотлар ўзининг ижобий натижасини бермоқда. Ислоҳотларда иштирок этаётган шифокорларга ҳам қулай шарт-шароитлар яратилмоқда.

ТИРИКЛИК ҲИКМАТИНИ СОҒЛИҚДА, ДЕБ БИЛГИН

Акбарова М. Рахмонов Р.Р.
Тиббий биология ва гистология кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳар қандай жамият тараққиётида унинг келажагини таъминлайдиган ёш авлодни соғлом ва баркамол бўлиб вояга етиши ҳал қилувчи ўрин тутади. Буюк аждодимиз Имом Мотуридий ҳазратларининг “Тириклик ҳикматини соғликда, 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 ислоҳотларимизни янги босқичга кўтаришимиз зарур. Бунда аҳоли, айниқса, ёшларимиз ўртасида соғлом турмуш тарзини кенг тарғиб этиш – энг устувор йўналишлардан бири бўлиши лозим.

Олиб борилаётган ислоҳотлар заминида халқ манфаатлари устувор ҳисобланади. Аҳолини 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 бюджетида 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 ислоҳотлар, давлатнинг ижтимоий муҳофаза тизимини кучайтиришга, аҳолини соғлигини мустаҳкамлашга хизмат қилади. Фуқаролар ҳам ўз навбатида соғлом турмуш тарзига риоя этиши талаб этилади.

ФАРМАЦЕВТИК ЖАРАЁНЛАРНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИНИ КОМПЬТЕРДА МОДЕЛЛАШТИРИШ

Рустамов М.М., Гоипов Э.А
Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация. Ушбу мақолада тиббий доривор воситаларни таркиби ва организмга таъсирланиш жараёнини башорат қилишнинг замонавий усуларини компьютерда моделлаштириш жараёни, трансдермал терапевтик тизимлар таркиби ва технологиясини ишлаб чиқиш мақсадида тадқиқ этилган.

Ушбу мақоланинг долзарблиги хозирги пайтда жаҳон фармацевтик бозорида кўп доривор воситалар генерик препарат хисобланади. Бундай препаратлар оригинал дори воситалари каби (сифат ва миқдор жихатдан) актив субстанция таркибига эга. Лекин генерик препаратлар хақиқий махсулотдан самарадорлиги ва хавфсизлиги жихатдан фарқланиши мумкин.

Генерик дори воситаларни сифати, самарадорлиги ва хавфсизлигини асослаш учун уларни биоэквивалентликка мослиги тадқиқотлари ўтказилади. Дори препаратларини ташкил этувчи моддалар таъсири бир хил хисобланса, улар биоэквивалент деб аталади.

Генерик биоэквивалентни аниқлашнинг оддий ва самарали усули бу тиббий препаратларни эриш кинетикасини ўрганишни “in vitro” тадқиқ қилиш хисобланади. Доривор формаларни эриш кинетикаси механизмини ўрганиш ва тушуниш учун бу жараёнларни математик моделлаштириш мухим аҳамиятга эга. Дори препаратларини узоқ муддат сақлаш жараёнида препаратлар структурасини парчланиш жараёни вужудга келади. Бунинг асосий сабаблари ташқи факторлар (кимёвий,физик) ва ички факторлар ташки емирилиш, ташқи тикланиш хисобланади. Доривор препаратларни табиий ва сунъий емирилишини эмпирик равишда ўрганилади.Замонавий ахборот технологиялардан фойдаланиш яъни QSAR Solution дастурий воситалардан фойдаланган холда препаратларни структураси ва емирилиш жараёнларини моделлаштириш имкониятига эга бўламиз. Олинган ечимлар графиклар орқали кўрсатилган. Ишлаб чиқилган модел каттиқ шаклдаги доривор препаратни суюқликда эриш кинетикасини ўрганишга имкон беради. Фармацевтик жараёнларни тадқиқ қилиш учун ярим эмперик моделлардан фойдаланилади. QSPR методологиясига кўра препаратларнинг модда формула структурасини унинг уч ўлчовли кўринишини қуриш мумкин. Арашлашма бўйича малумотларни хисоблаш ва 100 дан ортиқ кимёвий дескрипторларни боғлиқлигин дастур ёрдамида тадқиқ қилиш мумкин бўлади.

МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ «АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА» В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Рустамова Х.Р., Умарова М.З.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Под непрерывным медицинским образованием понимают систему, обеспечивающую совершенствование знаний, навыков и умений в течение профессиональной деятельности врача, а также постоянное повы- шение его профессионального уровня и расширение профессиональных компетенций. При этом врач имеет возможность самостоятельно определить свою образовательную траекторию, выбрав разнообразные модули и варианты обучения от традиционных курсов повышения квалификации до различных инновационных образовательных форм (участие в научно-практических конфе- ренциях, мастер-классах, симуляционнных тренингах, дистанционное обучение на «рабочем месте» в условиях вебинаров и т.д.) с равномерным распределением нагрузки по годам с общей суммой не менее 250 зачетных единиц за пять лет.

Основная часть. В этом отношении роль «анатомии человека», как одной из фундаментальных дисциплин в системе медицинского образования, является первостепенной. Для решения поставленных задач создается соответствующая материально-техническая база, по ряду дисциплин совместно с клиницистами подготовлены учебные и учебно-методические пособия, презентации, наглядные пособия, муляжи, таблицы и иной иллюстративный ма- териал. Важным разделом является нормирование количества зачетных единиц, начисляемых за освоение каждого модуля. Особое значение придается оснащению данных модулей натуральными анатомическими препа- ратами, как для проведения обучения, так и для отработки необходимых практических навыков. Огромные перспективы в данном отношении имеет технология полимерного бальзамирования, с использованием кото- рой изготовлены необходимые учебные пособия и тренажеры. Наибольшее количество положительных от- кликов на данные натуральные анатомические пособия и тренажеры получено от специалистов-нейрохирургов, неврологов, оториноларингологов и анестезиологов.

На кафедре подготовлена учебно-материальная база для проведения мастер-классов по указанным специально- стям. Имеется возможность персональной отработки практических навыков на натуральных анатомических препаратах.

Преподавание анатомии человека дипломированным специалистам имеет особенности, связанные с запросами клинической практики и должно отражать самые современные представления о морфологии органов, включая междисциплинарную интеграцию. Поэтому основной целью учебного процесса является не столько «освежение» знаний по тем или иным разделам систематической и топографической анатомии, сколько изложение вопросов клинической анатомии (вариантной, возрастной и прикладной), а также типовых, половых и индивидуальных особенностей строения органов, их гистотопографии и морфометрических характеристик.

Наиболее востребованной для обучаемых оказалась необходимость визуализации различных образований на натуральных анатомических препаратах, органокомплексах и трупе, а также их сопоставление с данными прижизненных методов исследования (КТ, МРТ, эндоскопия, УЗИ и т.д.). Огромное значение имеет разработанная профессором И.В. Гайворонским технология полимерного бальзамирования, позволяющая изготавливать учебные экспонаты по клинической анатомии, препараты с различными аномалиями развития, патологическими изменениями и, наконец, анатомические тренажеры.

Заключение. По каждой из преподаваемых дисциплин изготовлен типовой учебный набор, позволяющий демонстрировать необходимые образования. По отдельным циклам обучаемым предоставляется возможность выполнять определенные манипуляции. Особенно это востребовано при

освоении работы с операционным микроскопом и эндовидеохирургическими установками. Разработанная методика преподавания показала свою высокую эффективность и получила положительные отклики как у обучаемых, так и у преподавателей клинических кафедр, ответственных за подго- товку специалистов узкого профиля.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Садикова У.М.
Кафедра гигиены и УОЗ
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Исследования условий труда и состояния здоровья медицинских работников позволили установить, что работа в лечебных учреждениях предъявляет значительные требования к организму работающего, его физическому состоянию и выносливости, реактивности, а также способности противостоять неблагоприятным условиям труда, что ведет к росту показателей заболеваемости медицинского персонала.

Медицинские работники подвергаются сочетанному, комплексному, комбинированному воздействию производственных факторов

Цель исследования. На основании изучения влияния вредных факторов рабочей среды на здоровье медицинских работников разработать и научно обосновать программу комплексной профилактики у них профессиональных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы ознакомились с некоторыми медицинскими учреждениями Андижана и оценили состояние здоровья работающих в них медперсонала.

Результаты исследования. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности работников системы здравоохранения является одной из наиболее высоких в стране. Ежегодно около 220 тыс. медработников не выходят на работу из-за болезни.

Результаты опроса медработников, проживающих в различных регионах страны, показали, что из каждой сотни опрошенных 75–76 имеют хронические заболевания, но только 40 % из них (меньше половины) состоят на диспансерном учёте.

Известно, что значительное утомление, развивающееся в процессе напряжённого труда, отрицательно влияет на функциональное состояние центральной нервной, вегетативной, сердечно-сосудистой и других систем.

Труд медицинского работника для его психического здоровья представляет в 2,5–3,0 раза больший риск, чем в других профессиях социальной сферы. Психоэмоциональные нагрузки на фоне хронического переутомления, играющего дезадаптирующую роль, способствуют возникновению преморбидных состояний и соматических заболеваний. Кроме того, на самих врачей влияют не только профессиональные факторы риска, но и целый ряд семейно-бытовых и социальных факторов, роль которых усиливается из-за заметного социального расслоения общества.

Среди врачей нет единого мнения о том, какого человека считать здоровым. Только 3 % врачей считают своё здоровье отличным, 21 % – хорошим, 68 % – удовлетворительным, 8 % – плохим.

Большинство врачей стали уделять внимание своему здоровью после частых острых или хронических заболеваний и только 9 % уделяли внимание всегда. Подавляющее большинство считает, что не уделяют достаточного внимания здоровью, но находят для этого массу оправданий. И, главное, 7 % врачей считают, что есть другие жизненные ценности, не менее важные, чем здоровье, а 1 %, что есть более важные вещи, чем здоровье

Вывод. Доля медицинских работников, имеющих хроническую патологию по данным медицинской документации, примерно на 15–20 % ниже, чем по результатам анкетирования. Это свидетельствует и о значительном недоучёте патологии. Данные опроса показали высокую поражённость хроническими заболеваниями (76 %) при низком диспансерном учёте (40 %).

Медицинские работники, имея относительно невысокую частоту заболеваний по случаям нетрудоспособности, болеют более длительно и тяжело, чем другие категории рабочих и служащих, и средняя длительность случая нетрудоспособности у них самая высокая.

Это может быть связано с полиморбидностью патологии и меньшей эффективностью фармакотерапии. Наиболее неблагоприятные показатели здоровья среди медицинских работников имеют врачи.

СОСТОЯНИЕ АОРТЫ КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕР- И ГИПОТИРИОЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Сайдуллаев Т.
Кафедры биологии и гистологии
Андижанский государственный медицинский институт

Экспериментальную гиперхолестеринемию вызывали ежедневным введением в желудок кролика эмульсии холестерина (х.ч) в хлопковом масле в течение 30 суток из расчёта 0,3 г.на 1 кг. массы тела.

Гипертириоз вызывали у кроликов ежедневным добавлением к корму постепенно нарастающих доз таблетки тиреодина в течение 30 суток. Для получения гипертириоза на фоне гиперхолестеринемии животным в течение 30 ежедневно вводили эмульсию холестерина, а затем (1,5-2 часа) –тиреодин.

Экспериментальный гипотириоз вызывали ежедневным добавлением к корму 1 метила, 2-меркотоимидазола (мерказил) из расчёта 10 мг. на 1 кг.массы тела в течение 30 дней. Для получения гипотириоза на фоне гиперхолестеринемии животным в течение 30 дней ежедневно вводили эмульсию холестерина, а затем (через 1,5 -2 часа) мерказолил.

Степень выраженности поражения интимы аорты атеросклеротическими бляшками определяли методом прямой планиметрии.

По нашим экспериментальным данным при морфометрических исследованиях аорты кроликов в условиях гиперхолестеринемии, развивавшейся на фоне гипертириоза, атеросклеротические бляшки вообще не были выявлены, тогда как у животных с нормально функционировавшей щитовидной железой они занимали в среднем 5,2+1,54 % (пределы колебаний 1,12+12,7 по данным 7 параллельных опытов) на 30-й день экспреимента.

При морфометрическом исследовании аорты было обнаружено статистически достоверное ($p<0,05$) увеличение площади патологически изменённых участков интимы аорты у кроликов с гипотириозом, развившемся на фоне гиперхолестеринемии по сравнению с группой животных, у которых была гиперхолестеринемия без гипотириоза. Более того, сам по себе гипотириоз также сопровождался развитием атеросклеротических изменений интимы аорты, однако были статистически достоверно ($p<0,001$) менее значительны, чем при сочетанном воздействии гипотириоза и гиперхолестеринемии.

ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕР И ГИПОТИРИОЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Сайдуллаев Т.
Доцент кафедры биологии и гистологии
Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе атеросклероза существенное значение имеют функции щитовидной железы. Поэтому мы перед собой поставили задачу - получить независимыми методами ясно документируемые доказательства наличия дисфункций щитовидной железы у подопытных кроликов, которых подвергали соответствующим воздействиям как в условиях эсперимантальной гиперхолестеринемии, так и в норме. Как следует из нашего опыта, при гипертириозе, вызванном нами у кроликов при помощи тиреодина, сопровождался существенной убылью масса тела кроликов. За 30 суток эксперимента убыль массы тела составил в среднем 37% исходной массы тела: (исходная масса 2415 + 103; через 30 суток 1520 -+ 112, изменения в % по сравнению с исходным).

Аналогичные результаты были получены и в условиях гипертиреозе на фоне гиперхолестеринемии (исходная масса 2317 -+ 60; через 30 суток 1500 +_ 64 изменения массы тела на 35 % по сравнению с исходным).

При гипертириозе, вызванном при помощи мерказолина, изменение массы тела у исследованных нами кроликов не было отмечено (исходная масса 2530 +_ 130; через 30 суток 2712 +_ 174 изменения массы тела на 8% по сравнению с исходными). Такой же результат был отмечен в условиях гипотириоза на фоне гиперхолестеринемии. Следует учесть, что мы работали с половозрелыми, взрослыми животными, масса тела которых на протяжении эксперимента указывала на эффективность использованной нами методики получения экспериментального гипертириоза.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРИЯ

Сайиджанова Ф.Л.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наследственные нарушения соединительной ткани — гетерогенная группа заболеваний, обусловленных мутациями генов белков внеклеточного матрикса или ферментов их биосинтеза, а также генов белков, участвующих в её морфогенезе.

Термин «дисплазия соединительной ткани» (ДСТ) может быть использован как синоним наследственных нарушений. Частота встречаемости ДСТ составляет 30-80% в популяции.

В последние годы интерес к заболеванию неуклонно растет, т.к. качественные и количественные изменения компонентов стромы отражаются на функции многих органов и систем.

В литературе спектр висцеральных поражений при ДСТ освещен достаточно хорошо, однако нет четкого представления о поражении матки у женщин с данной патологией. Генерализованный характер поражения с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы при ДСТ отрицательно сказывается на течении беременности, родов и послеродового периода.

К наиболее частым осложнениям беременности и родов относятся преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности, гипотонические кровотечения в послеродовом периоде. Заслуживают серьезного внимания вопросы прогноза течения беременности, возможных осложнений во время родов и их профилактики.

Цель исследования. Оценить морфологическое состояние миометрия при ДСТ у женщин со слабостью родовой деятельности, варикозным расширением вен матки и пролапсом органов таза.

Материалы и методы исследования. Исследование включало анализ историй болезни, протоколов вскрытия, биопсийного и операционного материала 130 женщин, разделенных на 3 группы.

Результаты исследования. Дисплазия соединительной ткани может проявляться слабостью родовой деятельности, варикозным расширением интраорганных вен матки, пролапсом органов таза и характеризуется изменением соотношения типов коллагена за счет преобладания коллагена III типа, снижением экспрессии фибулина—5 и тканевых ингибиторов матричных металлопротеиназ 1 и 2 типа.

При слабости родовой деятельности у женщин, страдающих дисплазией соединительной ткани, по данным электронной микроскопии и иммуногистохимического исследования в нижнем сегменте матки наблюдается снижение количества межклеточных контактов между гладкомышечными клетками с резким уменьшением коннексина—43 на них и телоцитах.

При варикозном расширении вен матки средняя площадь их внутреннего просвета увеличивается более чем в 100 раз, а толщина стенок — в 5 раз. При этом нарушение эластогенеза и деградация коллагена с повышением уровня экспрессии матричной металлопротеиназы—9 типа происходят не только в стенках сосудов, но и в строме миометрия.

Пролапс тазовых органов сопровождается ремоделированием соединительной ткани не только в связках, шейке матки, стенках влагалища, но и в строме тела матки и ее венах, что на гистохимическом уровне проявляется крупными перимускулярными и периваскулярными отложениями фрагментированного «псевдоэластина» — коллагена III типа.

Возрастные особенности изменения миометрия сводятся к увеличению площади стромы за счет субсерозного слоя, фиброзу сосудистых стенок и снижению эластогенеза при неизменном соотношении коллагенов I, III и V типов.

В результате проведенного исследования миометрия женщин, страдающих ДСТ, показана диагностическая значимость комплексного морфологического изучения в оценке патологических изменений в строме и интраорганных венах матки. Разработан алгоритм комплексного морфологического исследования ДСТ в матке, который может применяться для диагностики данной патологии и в других органах.

Полученные данные могут быть использованы в практическом здравоохранении для определения риска развития акушерско-гинекологических осложнений, для выбора тактики ведения пациенток со слабостью родовой деятельности.

Полученные результаты о варикозном расширении интраорганных вен матки, в том числе при пролапсе, будут способствовать объективизации диагноза ДСТ при магнитно-резонансной томографии и ультразвуковом исследовании.

Вывод. На основании проведенного комплексного морфологического исследования установлены возрастные особенности миометрия, которые имеют практическую значимость в качестве показателей нормы, при сравнительном морфологическом анализе.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1 ТРИМЕСТРА

Сайиджанова Ф.Л.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Этиопатогенетические факторы неразвивающейся беременности (хромосомные, эндокринные, аутоиммунные и инфекционно-воспалительные) изучены подробно. Одни из них способствуют развитию потенциально нежизнеспособного эмбриона, другие создают неблагоприятные условия для его развития..

Однако, данные о морфологических исследованиях гравидарного эндометрия у пациенток, принимающих гестагенные препараты для сохранения беременности, как в отечественной, так и в зарубежной литературе отсутствуют.

Известно что, одной из причин осложнений беременности на начальных этапах гестации является морфологическая незрелость эндометрия, а также нарушение количественного соотношения функционально полноценных эстрогеновых и прогестероновых рецепторов.

В то же время, в клинической практике для сохранения беременности назначаются гестагенные препараты, при приёме которых эндометрий подвергается лечебному патоморфозу и классические гистологические признаки эндокринной патологии могут не выявляться.

Цель исследования. Провести комплексное изучение морфологических и иммуногистохимических особенностей неразвивающейся беременности I триместра**.**

Материалы и методы исследования. Обследовано 150 случаев абортивного материала при сроке 5-11 недель беременности, которые были разделены на 6 групп по эмбриогистологическому сроку:

I - группа - неразвивающаяся беременность при сроке 5-6 недель (n=45).

II - группа - неразвивающаяся беременность при сроке 7-8 недель (n=45).

III - группа - неразвивающаяся беременность при сроке 9-10 недель (n=30).

IV - группа - неразвивающаяся беременность при сроке 11 недель (n=10).

Результаты исследования. Для разных эмбриогистологических сроков неразвивающейся беременности I триместра характерна высокая частота хромосомных аномалий, определяемых при цитогенетическом исследовании (73,1%), и гормональной патологии эндометрия (56,1%), выявляемой при иммуногистохимическом исследовании гравидарного эндометрия. Установлено, что выявленная при цитогенетическом исследовании хромосомная патология ворсин хориона не влияет на гистологическое строение гравидарного эндометрия при неразвивающейся беременности I триместра на сроках от 5 до 11 недель.

С увеличением эмбриогистологического срока беременности полноценная гравидарная трансформация эндометрия встречается чаще на фоне приема гестагенов (от 15,5% до 60,0%), что свидетельствует о более эффективном влиянии гормональной терапии, применяемой для сохранения беременности на процессы децидуализации эндометрия и инвазии трофобласта после 7-8 недель гестации.

Повышение экспрессии рецепторов эстрогена в железах и строме гравидарного эндометрия выше 30 баллов (H-Score) при неразвивающейся беременности I триместра, следует считать признаком патологии первой фазы цикла. При эмбриогистологическом сроке беременности от 5 до 11 недель экспрессия рецепторов прогестерона в гравидарном эндометрии не имеет достоверных отличий и не зависит от приема гестагенных препаратов для сохранения беременности.

При неразвивающейся беременности I триместра на эмбриогистологических сроках 5-6 и 7-8 недель гестации в ворсинах хориона и строме гравидарного эндометрия выявлена максимальная экспрессия белка кисспептина (KISS1) и его рецептора KISS1R ($p<0,01$), которая связана с началом и пиком инвазии трофобласта и отражает низкую пролиферативную активность цитотрофобласта. Отсутствие экспрессии кисспептина в ворсинах хориона и строме гравидарного эндометрия при нормально развивающейся беременности свидетельствует о контролируемой инвазивной активности клеток трофобласта в эндометрии и пролиферативной активности цитотрофобласта ворсин хориона.

Площадь экспрессии сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) в ворсинах хориона и строме гравидарного эндометрия при неразвивающейся беременности на сроках гестации от 5 до 8 недель достоверно ниже ($p<0,01$) по сравнению с нормально развивающейся беременностью. Это свидетельствует о патологическом формировании сосудистого русла на ранних сроках гестации.

Проведенные исследования позволили разработать алгоритм диагностики абортивного материала при неразвивающейся беременности I триместра. Он последовательно включает в себя - гистологическое исследование, иммуногистохимическое исследование с оценкой экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона, белка трофобластической инвазии кисспептина и его рецептора, сосудистого эндотелиального фактора роста. Применение такого алгоритма позволяет оптимизировать диагностику патологических изменений ворсин хориона и структур гравидарного эндометрия при неразвивающейся беременности I триместра.

Полученные иммуногистохимические данные об отсутствии экспрессии белка трофобластической инвазии кисспептина в ворсинах хориона и гравидарном эндометрии при нормально развивающейся беременности, позволяют полагать значимость этого маркера в оценке процессов инвазии трофобласта.

Вывод. На основании проведенных цитогенетических и гистологических исследований установлена высокая встречаемость хромосомных аномалий у эмбрионов, а также неполноценность гравидарных структур эндометрия не зависящая от приема пациентками гормональных препаратов поддерживающих беременность.

МНЕМОНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА В ВУЗЕ

Салиева М.Ю., Убайдуллаев Р.Л.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Мнемоника (синоним — мнемотехника) имеет длительную историю и означает «искусство запоминания». Накопленный со временем опыт по применению мнемонических приемов начал использоваться при обучении различным дисциплинам. Преподавание мнемотехники в иностранной медицинской школе стало широко распространенной практикой, с включением ее в учебники для изучаемой дисциплины. Между тем в российских медицинских вузах мнемоническое обучение — это достаточно новое и малоизвестное направление для большинства преподавателей, о чем свидетельствуют лишь единичные публикации в отечественных изданиях.

Существующие на данный момент классификации методов, приемов и средств обучения с использованием мнемотехники были в основном ориентированы на преподавание в начальной школе или обучение языкам.

Цель исследования. Предлагать классификация мнемонических методов и приемов разработать для изучения анатомии человека.

Результаты исследования. Метод «Сравнение» — выявление общих черт в изучаемом и хорошо известном материале.

1. Прием «Сходство» — сравнение запоминаемых объектов с другими, отличающимися от них по своей природе, но имеющими с ними некоторое сходство.

1.1. Сходство по строению, например, сравнение камер сердца с четырехстворчатым шкафом, не полностью покрытым досками, для запоминания области кровоснабжения коронарных сосудов (обитая его часть соответствует бассейну правой, а необитая — левой артерии).

1.2. Сходство по форме, например, установление сходства кубовидных и клиновидных костей стоп с частями гармони для запоминания их местоположения.

1.3. Сходство по расположению, например, с головой и туловищем детской игрушки «неваляшка» для запоминания положения большого и малого дуоденальных сосочков в нисходящем отделе двенадцатиперстной кишки.

1.4. Сходство по использованию, например, для выделения среди сосочков языка вкусовых, названия которых созвучны со съедобными продуктами (грибовидные и листовидные), и тактильных — с несъедобными (нитевидные и конические).

1.5. Сходство по направлению, например, использование стрелки часов для запоминания возможных вариантов расположения червеобразного отростка.

1.6. Сходство по движению, например, с подниманием и опусканием ручки ведра и насоса для понимания механизма вдоха и выдоха.

1.7. Комбинация нескольких похожих признаков, например, сходство по цвету и расположению очков и желтых наушников слепого человека со слепым и желтым пятнами на сетчатке глаза.

Заключение. Результаты эксперимента показали более высокий средний коэффициент запоминания у студентов со средним (от 80 до 60%) и низким уровнями знаний (менее 60%) в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Обучение даже одному мнемоническому приему может значительно повысить успеваемость. Так, использование приема логотипирования в обучении орфографии русского языка позволило увеличить число учащихся, написавших словарные слова правильно или с минимальным количеством ошибок. Хочется надеяться, что в ближайшем будущем мнемоническое обучение займет достойное место среди современных передовых образовательных технологий.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У РАЗНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Сапиохунова Х.М.
Кафедра социальной гигиены и УОЗ
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность темы. В настоящее время недостаточное поступление микронутриентов с пищей - общая проблема всех цивилизованных стран. Международная конференция по питанию (Рим,1992), организованная Продовольственной и сельскохозяйственной организацией ООН (ФАО) и Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), назвала широкий распространенный дефицит микронутриентов важнейшей проблемой в области питания как развивающихся, так и развитых стран и подчеркнула необходимость широкомасштабных мер на государственных уровнях для эффективной коррекции этих дефицитов.

Цель исследования. Научное обоснование системы медико-профилактических мероприятий по снижению йодного дефицита у критических групп населения в условиях антропотехногенной нагрузки.

Методы исследования. Материалы исследования использованы в деятельности органов управления здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях, территориального фонда обязательного медицинского страхования лечебно-профилактических учреждений, а также для подготовки специалистов здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования, повышения их квалификации**.**

Результаты исследования. Результаты математического моделирования на основе регрессионного анализа позволяют прогнозировать снижение показателей общей заболеваемости на 2,3-16%), показателей заболеваемости эндокринной патологий взрослого населения на 1,9-5,7%), подростков на 5,2-14,3%о и детей на 5,6-13,9%) при условии снижения на 10-25%) среднегодовых концентраций двуокиси азота, сернистого газа и формальдегида в атмосферном воздухе.

Научно обоснована система обеспечения гигиенической безопасности критических групп населения в условиях природного йоддефицита, включающая в себя мониторинг среды обитания с комплексным анализом антропотехногенной нагрузки и ранжированием территориальных факторов риска, с анализом медико-демографической ситуации и причинно-следственных связей в системе «среда обитания - репродуктивное здоровье женщины - здоровье новорожденного»; динамическое наблюдение и прогнозирование здоровья новорожденных и репродуктивной функции женщины, с выявлением особенностей йодной обеспеченности продуктов питания населения; выработку управленческих решений по формированию гигиенических и медико-профилактических мероприятий с разработкой целевых комплексных программ, направленных на улучшение качества окружающей среды и снижение риска заболеваемости населения.

Вывод. Полученные в процессе исследования результаты, вошли в программу профилактики йоддефицитных заболеваний с учетом выраженности йодной недостаточности, географических, социально-экономических особенностей Самарского региона.

Проведенная количественная оценка степени тяжести йодного дефицита у беременных женщин позволила разработать систему медико-профилактических мероприятий йоддефицитных состояний.

АНДИЖОН ШАҲРИДА ЯШОВЧИ МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КЎКРАК БОШ СОҲАСИ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎСИШ ТЕЗЛИГИ ДИНАМИКАСИ

И. И.Саттибаев
Анатомия ва клиник анатомия кафедраси
Андижон давлат тиббиёт институти

Илмий изланишнинг мақсади: Мактабгача ёшдаги болаларнинг бош соҳаси антропометрик кўрсаткичларининг ўсиш тезлиги динамикасини ўрганиш.

Ишнинг вазифаси: Андижон шахрида яшовчи мактабгача ёшдаги болалар бош соҳаси антропометрик ўлчамларини аниқлаш.

Илмий тадқиқод ишини олиб боришда текшириш объекти бўлиб, ҳар бир ёш гурухида 100 нафардан амалдаги соғлом, иккала жинсга молик, мактабгача ёшдаги- чақалоқлик давридан 7 ёшгача бўлган болалар ҳизмат қилди. Изланишни олиб боришда адекват атропометрик ва вариацион статистик усуллардан фойдаланилди.

Олинган антропометрик кўрсаткичларга кўра, бошнинг ёй ўлчами секин аста катталашади. Унинг умумий катталаги 1,4 мартани ташкил этади. Тепа дўнгликлари орасида масофа, бола ҳаётининг 3 ойида 1,2 марта катталашади. Сўнгра икки ёшли давргача ўсиш жараёни секинлашади. Ва икки ёшли даврдан бошлаб кўрсаткичнинг ўсиш жараёни жадаллашади . Боланинг 3 ёшли давридан 7 ёшли давригача ўсиш жараёни

деярли ўзгармайди. Тепа дўнгликлари оралиғидаги масофа чақалоқлик давридан 7 ёшли даврнинг охиригача 1,8 марта ортиб, энг жадал ўсиш жараёни биринчи уч ойликда ва икки ёшли даврда кузатилади.

Натижаларга кўра bregma ва tragion нуқталари оралиғидаги масофа чақалоқликдан 3 ойлик давригача 1,3 марта катталашади. Кейинги ёш даврларида ўсиш жараёни секинлашади.

Бошнинг олдинги узунлиги бола ҳаётининг 6 ойида 1,2 дан катталашади. Қолган ёш даврларида ўсиш жараёни секинлашади. Бошнинг орқа узунлиги чақалоқлик давридан 7 ёшнинг охиригача бир маъромда катталашади.

Натижалар шуни кўрсатадики, астки жағ суяги шохининг узунлиги бола ҳаётининг биринчи 3 ойида 1,2 марта катталашади. Кейинги ёш даврларида секинлашиб, секин аста жадаллашади. Ушбу курсаткич токи 7 ёшли давргача 1,8 марта катталашади.

Пастки жағ суяги танасининг узунлиги боланинг чақалоқлик давридан 7 ёшлик давригача 1,8 марта катталашади. Курсаткичнинг жадал ўсиши биринчи 3 ойлик даврида кузатилади.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, бошнинг айлана ўлчами бола ҳаётининг биринчи 3 ойида 1,1 марта катталашади. Ушбу кўрсаткич боланинг 7 ёшигача 1,4 марта катталашади. Кўрсаткичнинг жадал ўсиши биринчи 3 ойлик даврда ва боланинг 2 ёшида кузатилади.

Хулоса килиб шуни айтиш мумкинки, олинган натижаларни қиёсий крианиометрияда, болалар стоматология амалиётларида ҳисобга олганҳолда тадбирлар ишлаб чиқиш мумкин.

DEVELOPMENT OF A MICROLOGISTICS SYSTEM IN AGRICULTURE

Sultonov I.K.,
1 Master's course
Andijan Agricultural Institute

The presence of a system of qualities inherent in the system as a whole, but not inherent in any of its links separately.

According to the scale of their activity, logistics systems are subdivided into macrological, mesological and micrological. A macrologistic system is a large material flow management system that unites industrial enterprises, commercial intermediaries, trade and transport organizations of various departments to achieve a single goal.

Macrologistic systems are classified in four characteristics (1):

1. By administrative-territorial division;
2. By object-functional properties are distinguished;
3. By the degree of globalization of systems;
4. Depending on the type of supply chains.

Mesologistic systems are formed when enterprises are merged. In the creation and functioning of these associations, the unified information support of the processes of movement of material and financial flows is important. Micrologistic systems are subsystems OR structural components of macrologistic systems. These include production and trade enterprises, territorial production complexes, then technologically related production, united by a single infrastructure. There are three types of micrologistic systems.

View 1. Internal systems improve material management within the enterprise.

View 2. External systems - solve problems related to the management and optimization of material and related flows from the enterprise to
destinations.

View 3. Integrated systems - include a control cycle from suppliers of raw materials to a manufacturing enterprise, material flows within the enterprise, as well as from the enterprise to points destination.

The use of separation into macro-, meso and micrologic for the study of the agro-industrial complex assumes that the macrologistic system is an area. The mesologistic system is the level of the region of the region. A micro-logistic system, in turn, is a settlement in an area as a territorial-production unit. To change the direction and composition of material and related flows, logistics operations and functions are performed.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МИКРОЛОГИСТИКИ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ

Султонов И.К.,
1 магистерский курс
Андижанский сельскохозяйственный институт

Наличие системы качеств, присущих системе в целом, но не присущих ни одному из ее звеньев в отдельности.

По масштабам деятельности логистические системы подразделяются на макрологические, мезологические и микрологические. Макрологистическая система - это большая система управления

материальными потоками, объединяющая промышленные предприятия, торговых посредников, торговые и транспортные организации различных ведомств для достижения единой цели.

Макрологистические системы классифицируются по четырем характеристикам (1):

1. По административно-территориальному делению;
2. По объектно-функциональным свойствам различают;
3. По степени глобализации систем;
4. В зависимости от типа цепочки поставок.

Мезологистические системы образуются при объединении предприятий. При создании и функционировании этих объединений важное значение имеет единая информационная поддержка процессов движения материальных и финансовых потоков. Микрологистические системы - это подсистемы ИЛИ структурные компоненты макрологистических систем. К ним относятся производственные и торговые предприятия, территориальные производственные комплексы, затем технологически связанные производства, объединенные единой инфраструктурой. Существует три типа микрологистических систем.

Мнение 1. Внутренние системы улучшают управление материальными потоками на предприятии.

Мнение 2. Внешние системы - решают проблемы, связанные с управлением и оптимизацией материальных и связанных потоков от предприятия к

направления.

Представление 3. Интегрированные системы - включают в себя цикл управления от поставщиков сырья до производственного предприятия, материальные потоки внутри предприятия, а также от предприятия до точек назначения.

Использование разделения на макро-, мезо и микрологию для исследования агропромышленного комплекса предполагает, что макрологистическая система - это область. Мезологистическая система - это уровень региона региона. Микро-логистическая система, в свою очередь, - это поселение на территории как территориально-производственная единица. Для изменения направления и состава материальных и связанных потоков выполняются логистические операции и функции.

DISEASES OF THE THYROID GLAND

Tishabaeva N.A., Isakova N.R.
Fergana Medical Institute of Public Health

Relevance: According to the WHO, about 2 billion people on Earth live in conditions of chronic iodine deficiency, which leads to dramatic consequences: the development of thyroid diseases such as endemic diffuse and nodular goiter, mental and physical retardation of children, cretinism, miscarriage; a significant increase in the risk of radiation-induced thyroid cancer in the event of nuclear disasters. More than two million adults and 650 thousand children with thyroid diseases need specialized endocrinological care every year.

Objective of the study: To identify the main etiology of thyroid diseases and study the morbidity indicators.

Research materials and methods: WHO statistics on thyroid diseases.

Research results: The thyroid gland is an unpaired organ, consisting of two parts: the right and left lobes, usually connected. The gland is named so because it is located in front of the thyroid cartilage of the larynx.

In the central part of the isthmus, the thyroid gland is located in the front of the neck, covering the trachea on both sides with volumetric lobes, and in front with the isthmus. A third of people have an additional pyramidal lobule extending from the isthmus. The lateral lobes are located in the region of the lower half of the lateral surface of the thyroid cartilage, cricoid cartilage and trachea. Their lower pole descends to 5-6 tracheal rings. The isthmus is located at the level of 2-4 tracheal rings. The lateral lobes of the gland cover the arteria.carotis communis, vena jugularis, nervus recurens, the parathyroid glands and adjoin the esophagus behind.

The thyroid gland is a voluminous organ. Each lobe of iron is voluminous and resembles a tongue in shape. The misleading comparison of the thyroid gland to the butterfly makes it difficult to understand the change in the gland. The butterfly is predominantly a flat object, while the thyroid is a voluminous one. The thyroid gland has its own membrane (tunica fibrosa), from which connective tissue septa extend deep into the gland, dividing it into lobules, and a capsule originating from the fascia of the neck (capsula externa). The thyroid gland with the capsule is not welded, which is important during operations on it. With the help of ligaments, the capsule fixes the thyroid gland to the cricoid cartilage and trachea, which causes the displacement of the gland during swallowing together with the larynx and trachea. This facilitates palpation of even small lesions in the thyroid gland and makes it possible to differentiate non-thyroid lesions in the neck. The thyroid gland is supplied with blood from four arteries: two upper thyroid, right and left, originating from the arteria carotis externa and two lower, right and left, originating from arteria subclavia. The arteries of the thyroid gland strongly anastomose with each other, which makes it possible to ligate several vessels at once during operations, without fear of necrosis of the thyroid gland. After entering the parenchyma of the gland, the arteries form a dense network of small arterioles, which disintegrate into capillaries that surround the follicles, closely adjacent to the follicular epithelium. The intensity of the thyroid gland's blood circulation is much higher than all other organs and tissues without exception.

When recalculated per unit of tissue weight, blood flow through the thyroid gland significantly exceeds that in the myocardium, brain and kidneys. Venous outflow from the thyroid gland is carried out in vena jugularis interna and venae brachiocephalicae. Lymphatic vessels flow into the deep cervical, prelaryngeal, pretracheal and paratracheal lymph nodes.

The thyroid gland has both sympathetic and parasympathetic innervation. Fibers of sympathetic innervation originate from the cervical ganglia and form the superior and inferior thyroid nerves. Parasympathetic innervation is carried out by the branches of the vagus nerve, the superior laryngeal and recurrent laryngeal nerves.

Normally, in women, the optimal volume of the thyroid gland is 7-8 ml, and in men, 9-11 ml. The enlargement of the gland by an additional 2-4 ml is physiological, and can occur under energy-intensive conditions.

The thyroid gland consists of two different types of cells: follicular and parafollicular (C-cells). Follicular cells producing thyroxine (T4) and triiodothyronine (T3) form numerous follicles in the gland, each of which consists of a central cavity filled with a colloid, the main component of which is thyroglobulin protein, surrounded by a single layer of cuboid epithelial cells.

Parafollicular cells (C cells) produce the protein hormone calcitonin. T4 and T3 are synthesized from the amino acid tyrosine. In addition, there is a biologically inactive reversible triiodothyronine (pT3), which is formed by deiodination of the inner ring of T4

The thyroid gland produces thyroid hormones - thyroxine and triiodothyronine, which, released into the bloodstream, affect all cells and tissues of the body, regulate the rate of various metabolic processes. These hormones are responsible for many vital functions: they regulate the activity of the brain, nervous and cardiovascular systems, the gastrointestinal tract, affect reproductive function, the functioning of the mammary and gonads, and much more.

Iodine deficiency diseases of the thyroid gland is a pathology of the thyroid gland that develops as a result of a lack of iodine in the body. Signs of iodine deficiency can be an increase in the size of the thyroid gland, difficulty swallowing, memory impairment, weakness, chronic fatigue, dry skin, brittle nails, and weight gain. Iodine is an essential trace element for the functioning of the body. In the body of a healthy person, 70-80% of iodine accumulates in the thyroid gland and serves as a necessary component for the synthesis of thyroid hormones. The periods of increased need for iodine for the body are puberty, pregnancy and lactation.

Iodine deficiency in the environment (in soil, water, food) and, therefore, insufficient natural intake of it in the body causes a complex chain of compensatory processes designed to support the normal synthesis and secretion of thyroid hormones.

Practical proposals have been formulated to improve preventive measures to prevent the development of iodine deficiency diseases.

According to the WHO, about 2 billion people on Earth live in conditions of chronic iodine deficiency, which leads to dramatic consequences: the development of thyroid diseases such as endemic diffuse and nodular goiter, mental and physical retardation of children, cretinism, miscarriage; a significant increase in the risk of radiation-induced thyroid cancer in the event of nuclear disasters. More than two million adults and 650 thousand children with thyroid diseases need specialized endocrinological care every year. Conclusions: International experience shows that the adoption of laws on mandatory salt iodization is the most effective way to solve the problem, recommended by WHO. Of all the countries of the former USSR, only Russia and Ukraine do not have legislative regulation of the problem of iodine prophylaxis. Further study of this problem is planned.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АМИЛОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СЫВОРОТКИ КРОВИ

Тожибаева Н.Л
Ассистент кафедры патологической физиологии
Андижанский государственный медицинский институт

Определение амилолитической активности гомогената слюнных желез и сыворотки крови у экспериментальных животных производилось методом Смита-Роя в модификации(99),который отличается точностью и широко применяется в энзимологии. Принцип этого метода заключается в колориметрическом определении, убыли крахмала при его ферментативном гидролизе по изменению окраски йодакрахмального компонента.В качестве субстрата используется 0,1% раствор (в фосфатном буфере,РН-7,2)растворимого крахмала. Амилолитическая активность выражается в миллиграммах расщепленного субстрата за 1 мин(или за время инкубации).

Берется 1 мл предварительно разведенного(гомогенат слюнных желез,сыворотка крови)исследуюемого материала,к нему приливается 3 мл 0,1% раствора крахмала.После перемешивание содержимое пробирки переносится водяную баню(37С) и инкубируется в течение 30 минут.Перед опытом в ряд пробирок наливается 0,5 мл 0,3% раствора йода в 3%-раствора йодистого калия ,разведенного в отношении 1:3 и 5 мл дистиллированной воды.

После инкубации субстрата с источникам фермента в эти пробирки доливается по 1мл указанной инкубационной смеси.Йодный реактив с крахмалом образует йодакрахмальные комплексы и даёт синее окрашивание.В контрольные пробы вместо инкубационной смеси добавляется по 1 мл исходного крахмально-солевого раствора.

Исходный раствор крахмала разводится также как и крахмал используемого материала при инкубации субстрата с источником фермента,т.е к 3 мл 0.1%-го раствора крахмала добавляется 1 мл буферного раствора,на котором приготовлен ферментный раствор и субстрат.Указаннаный раствор крахмала является контрольным.

Калориметрия производится в фотоэлектроколориметре при красном светофильтре против воды.Расчет ведется по формуле:

X= Экстинция опыта.3/Экстинция контроля

где X- Количество крахмала(в мг), оставшегося после инкубации с источником фермента.

Следовательно,убыль крахмала в миллиграммах составляет:

3 мг-X=Y мг.

Таким образом,за время инкубации было гидролизированно Y мг крахмала.

За 1 единицу активности амилазы принято число мг расщепленного в описанных условиях крахмала за 1 мин инкубации.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ

Тожибаева Н.Л.
Андижанский государственный медицинский институт
Ассистент кафедры патологической физиологии

Актуальность.Высокая температура как климатический фактор оказывает значительное влияние на организм.Реакция организма на действие высокой температуры и инсоляции чрезвычайно многообразна и сложна.Под их воздействием нарушается водно-солевой обмен.что приводит к глубоким изменениям в деятельности сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и выделения .изменяются морфологический состав и свойства крови .

Цель. Целью исследования явилась оценка ферментного гомеостазиса и секреция ферментов слюнными железами при влиянии на организм высокой температуры.

Эти цели определили следующие задачи:

1. Изучить влияние при комфортной температуре (20-25 ^{0}C) на секрецию ферментов слюнными железами.
2. Исследовать влияние при комфортной температуре на гомеостаз гидролитических ферментов крови.
3. Установить взаимозависимости изменений ферментного спектра крови и слюнных желез на фоне комфортной температуры.
4. Опередилить влияние при высокой внешней температуре на гомеостаз гидролитических желез на фоне комфортной температуры.
5. Изучить влияние при высокой внешней температуре(37-40 С) на секрецию ферментов слюнными железами.
6. Установить взаимозависимость изменений ферментного спектра крови и слюнных желез при на фоне высокой внешней температуры и инсоляции.

Результаты. При воздействии высокой температуры взникают адаптивные изменения ферменто-выделительной функции слюнных желез,направлененные на сохранения ферментного гомеостаза.Степень этих изменений зависит от длительности гипокинезии и интенсивности высокой внешней температуры и инсоляции.Ведущая роль в адаптивных изменениях ферменто-выделительной функции слюнных желез принадлежит из рефлекторной регуляции с элементами срочно реакции на стимул секреции одновременным выделением накопленных в гландклоцитах секреторных продуктов и рекротированных из крови ферментов.

Выводы.

1.Высокая температура существенно изменяет секреторную деятельность слюнных желез;

2.Слюнные железы участвуют в ферментном гомеостазе путем инкреции и рекреции ферментов;

3.Рекреция ферментов слюнными железами зависит от их содержания в крови и отражает функциональное состояние органов родуцентов этих ферментов.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕЧКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ МУЖЧИН

Тулянова Д.Я.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Костная система, являясь взаимосвязанной с деятельностью всего организма, и достаточно точно отражающая его половую и возрастную дифференцировку, рост, а также патологические состояния различной этиологии, несет в себе очень ценную информацию обо всех сторонах жизнедеятельности, условиях жизни индивидуума и позволяет наиболее достоверно представить его морфологический облик.

В последние годы многие антропологические исследования посвящены взаимосвязи конституционального развития человека с функциональными системами организма, органами и их составляющими.

Цель исследования. Изучить особенности строения длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин г. Андижана разных соматотипов.

Методы исследования. Остеоскопические, остеометрические параметры, уровень минерализации и микроэлементный состав длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин г. Андижана имеют конституциональные особенности.

У мужчин разных соматотипов выявлены сильные положительные корреляционные связи между длиной тела, длиннотными параметрами верхней конечности, показателями их минерализации и отрицательные корелляционные связи с толщиной компактного вещества в стенках их диафизов.

Формы поперечного сечения плечевой, лучевой, локтевой костей верхней конечности мужчин различны по протяжению диафизов и по частоте встречаемости в зависимости от их соматотипа.

Результаты исследования. Длинные трубчатые кости верхней конечности (плечевая, лучевая, локтевая) мужчин грудного соматотипа характеризуются слабым развитием общей рельефности (1,93+0,126; 1,74+0,106; 1,93+0,126), средними значениями длиннотных параметров (332,96+3,47мм; 251,66+2,65мм; 267,59+2,94мм), наименьшими величинами широтных размеров (21,3 8+0,44мм; 16,62+0,40мм; 15,38+0,3мм) и окружностей (66,29+1,14мм; 48,59+1,30мм; 38,08+1,58мм), наименьшей толщиной компактного вещества стенок диафизов (4,57+0,10мм; 3,90+0,11мм; 3,94+0,10мм) с высокой степенью их минерализации. Плечевые кости в 44,4% случаев имеют округлую, лучевые в 40,7% - каплевидную, локтевые в 44,4% - треугольную формы поперечного сечения диафизов.

Длинные трубчатые кости верхней конечности мужчин мускульного соматотипа имеют наибольшую выраженность рельефа (2,41+0,106; 2,3+0,106; 2,19+0,126), наибольшие величины длиннотных (341,4+2,9мм; 258,03+1,65мм; 278,37+1,77мм), широтных размеров (23,82+0,38мм; 17,93+0,26мм; 16,35+0,43мм) и окружностей (75,96+0,15мм; 52,85+0,91мм; 52,88+0,82мм), наибольшую ширину компактного вещества стенок диафизов (4,92+0,22мм; 4,36+0,13мм; 4,19+0,12мм), с низкой степенью их минерализации. Плечевые кости в 55,6% случаев имеют треугольную, лучевые в 40,7% - каплевидную, локтевые в 37% - треугольную формы поперечного сечения диафизов.

Развитие рельефности плечевых, лучевых и локтевых костей мужчин брюшного соматотипа оценивается в 2,18+0,136; 2,05+0,146; 2,09+0,11 баллов. Остеометрические параметры (длиннотные, широтные и окружности) у них достоверно меньше, чем у мужчин мускульного соматотипа, но больше в сравнении с представителями других типов телосложения. Внутренняя структура характеризуется наибольшими показателями поперечного диаметра костно-мозгового канала лучевых и локтевых костей (7,86+0,32мм; 6,04+0,41мм). Плечевые кости в 54,6% случаев имеют треугольную, лучевые в 63,6% - треугольную, локтевые в 45% -рельефную формы поперечного сечения диафизов.

Длинные трубчатые кости верхней конечности мужчин неопределенного соматотипа имеют слабую выраженность рельефа (1,9+0,76; 1,9+0,176; 1,71+0,126) и наименьшие значения остеометрических показателей плечевой кости: длиннотных (322,66+3,88мм) и сагиттальных (22,36+04мм). Внутренняя структура костей характеризуется наименьшими значениями размеров костно-мозгового канала плечевой и лучевой костей (12,14+0,31мм; 6,43+0,32мм)- Плечевые кости в 52,4%, лучевые и локтевые в 47,6% случаев имеют треугольные формы поперечного сечения диафизов.

Микроэлементный состав плечевых костей мужчин грудного и неопределенного соматотипов характеризуется преобладанием алюминия и меди, стимулирующих рост костей в длину, что обеспечивает их грацилизацию. Плечевые кости представителей мускульного и брюшного соматотипов имеют высокие количественные показатели кремния с тенденцией к понижению алюминия и меди, обеспечивающих их рост, как в длину, так и в ширину.

Длина тела мужчин имеет достоверно сильные положительные корреляционные связи с длиннотными размерами костей верхней конечности. Длиннотные параметры костей положительно коррелируют между собою, с показателями минерализации и имеют обратную корреляционную зависимость с толщиной компактного вещества в стенках диафизов.

Вывод. Проведенное исследование позволило получить информацию об особенностях строения длинных трубчатых костей верхней конечности мужчин первого периода зрелого возраста в зависимости от типа их телосложения, что дополняет материал раздела анатомии «Остеология». Полученные данные об индивидуально-типологических особенностях строения длинных трубчатых костей верхней конечности расширят круг диагностических признаков личности, что имеет большое значение в ходе судебно-медицинской идентификации личности при исследовании скелетированных трупов.

САМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА

Тулянова Д.Я.
Кафедра анатомии и клинической анатомии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на существование множества подходов к решению проблемы сохранения, укрепления физического здоровья и уменьшения патологии опорно-двигательного аппарата, не изученным остается вопрос об особенностях анатомо-функциональных свойств стопы человека в связи с его типом телосложения, возрастом, полом и уровнем физической активности.

Для получения достоверной информации, предусматривающей выбор методов консервативного и оперативного лечения, проектирования и изготовления корригирующих приспособлений и изделий, разработки специальных технологий и материалов, крайне актуальным является изучение изменения основных элементов стопы в процессе ее формирования в постнатальном онтогенезе, а также в зависимости от статических и динамических нагрузок, геометрических и функциональных особенностей

Цель исследования. Изучить закономерности формы и строения стопы человека, ее функциональные особенности в зависимости от типа телосложения, пола, возраста в период постнатального формирования и установить изменения стопы под воздействием различных физических нагрузок.

Методы исследования. Использовались общенаучные методы исследования. На основе системного подхода раскрыта сущность исследуемых вопросов.

Результаты исследования. 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. В периоды от первого детства до юношества линейные параметры динамических рядов (абсолютный прирост, темпы роста и прироста) выше у лиц мужского пола по сравнению с лицами женского пола.

В период первого детства тендерные различия стоп не выявляются; соматотипические различия обнаруживаются. Стопа детей-нормостеников (группа контроля) характеризовалась следующими анатомическими параметрами: длиной - 193±1,7 мм, длиной переднего — 75,5±0,7 мм, среднего - 60,2±0,6 мм и заднего - 57,3±0,48 мм, шириной -66,35±0,71 мм, отношением длина-ширина - 2,91±0,02, площадью опоры
9 9 о суммарной - 44,4±2,3 см", ее переднего - 19,0±0,9 см", среднего - 10,6±0,9 см и заднего - 12,6±0,6 см" отделов, коэффициент К - 0,88±0,03, угол 1 пальца -7,4±0,53°, V пальца - 8,44±0,56°, пяточный угол - 6,64±0,73°.

По сравнению с контрольными данными, полученными у детей нормостенического типа, стопа гиперстеников имеет большую длину (на 3,4 %) и ширину (на 6,2%).

Стопы астеников характеризуются меньшими линейными параметрами (длиной на 3,5%, шириной на 5,7 %), большим пяточным углом (на 60,7%).

Независимо от типа телосложения, длина стопы с 4 до 7 лет в большей степени увеличивается за счет среднего и заднего ее отделов; площадь опорной поверхности - за счет переднего и заднего отделов; изменения индексов и коэффициента К свидетельствуют об увеличении продольного свода стопы.

Физиологические свойства рессорной- функции стопы являются прогностическими и тендерными критериями возникновения; ее патологии в периоде первого детства у детей с гиперстеническим* телосложением, в периоде второго детства - у мальчиков-астеников и в юношеском - у лиц обоего пола с гиперстеническим телосложением.

Физические воздействия- на- стопу, связанные со спортивной^ специализацией, существенным образом влияют на ее функциональное состояние: у юношей наибольшие изменения структуры и функции, стопы, находящиеся'на границе нормы, отмечены у тяжелоатлетов и легкоатлетов; у девушек — легкоатлеток и гимнасток; наименьшие - у пловцов обоего пола.

Технология планшетного-сканирования свидетельствует, что при изучении опорной функции стопы-обладают высокой диагностической эффективностью показатели площади опоры (суммарной, переднего, среднего и заднего отделов).

Закономерности корреляционных связей определяются между соматотипом, анатомическим строением стопы и соматометрическими показателями. Без учета пола и возраста, масса тела нормостеников

коррелирует со средним от суммы статистически значимых линейных, угловых и опорных параметров на уровне 0,48; гиперстеников — 0,5; астеников — 0,67. Наибольшие коэффициенты корреляции роста и окружности грудной клетки со средним значением суммарных показателей стопы также выявляются у лиц астенического типа. Наибольшие корреляционные связи между анатомическими параметрами стопы во всех возрастных периодах при сравнении корреляционных коэффициентов определяются у астеников: в периоде второго детства r=0,75, в подростковом возрасте — r=0,6 и юношеском - 1—0,4.

Корреляционные связи опорной и рессорной функции стопы имеют однонаправленные различия, определяемые соматотипом: у нормостеников коэффициенты корреляции минимальны (r=0,2-0,25), у астеников имеют максимальное значение (r=0,45-0,5).

Нормативные показатели стопы, созданные на основе корреляционно-регрессионных моделей, определяются соматотипическими признаками организма человека: ростом, массой тела и окружностью грудной клетки.

Вывод. Полученные данные расширяют имеющиеся представления о закономерностях организации опорно-двигательного аппарата человека в норме с учетом телосложения, пола, возраста и физиологической нагрузки.

AGE FEATURES OF IRON METABOLISM IN HEALTHY CHILDREN AND ADOLESCENTS

Turabidinova G.A.
Department of Normal Physiology
Andijan State Medical Institute

Introduction. According to the World Health Organization (WHO), iron deficiency (IR) ranks first among the 38 most common human diseases - more than 3 billion people on Earth suffer from it. The highest risk of developing ID, both latent (LVD) and manifest (iron deficiency anemia - IDA) in children (especially the first two years of life) and women of reproductive age. According to S. Osendarp et al., In the world about 50% of preschool children and pregnant women have anemia. It was found that with an incidence of anemia of 20%, ID exists in 50% of the population in the population. With an anemia rate of 40% or more, the entire population has different types of ID. According to research by D. Subramanian et al., 9% of children in the first two years of life have IDA.

Purpose of the study. The aim 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 effective treatment methods and develop optimal regimens for the prevention of IDD at the present stage.

Materials and methods of research: Based on a large clinical material, a study of the parameters of iron metabolism in more than 105 children and adolescents from various societies was carried out and it was confirmed that in infants ID is primarily associated with the alimentary factor and the social status of the family.

Research results: In accordance with the set goal, during the early human ontogenesis, the values and interaction of iron-containing and iron-regulating proteins and a number of other compounds reflecting the metabolism of iron (alkaline and acidic isoforms of ferritin, iron, Tf, EPO, rTfR, vit. B12, folates, hepcidin); measured the levels of cytokines (TNF-a, IL-6) involved in the regulation of iron metabolism.

The examined fetuses and newborns, depending on the gestational age (GA), were divided into groups, in each of which the values of the studied parameters were determined: in fetuses of 5-10 weeks (groups 1 and 2) - in total in all tissues, in fetuses 11-15 weeks (group 3) - separately in the tissues of the liver and spleen, in developing fetuses of 26-35 weeks (groups 4 and 5), as well as in newborns 35-41 weeks (groups 6 and 7) - in umbilical cord blood. The regularities of the formation of iron metabolism in early human ontogenesis, associated with the gestational age of the fetus, were established, as evidenced by a significant correlation of HS with the level of iron ($r = 0.9398$, $p < 0.001$), alkaline phosphatase ($r = 0.9597$, $p < 0.0001$), rTfR (r-0.9293, $p < 0.0001$), hepcidin ($r = 0.8183$, $p < 0.001$), EPO ($r = 0.8889$, $p < 0.0001$), FE (r = 0 , 9297, $p < 0.0001$).

The participation of iron-containing and iron-regulatory proteins in maintaining a high activity of proliferative and plastic processes is confirmed by close relationships between the content of iron and alkaline phosphatase ($r = -0.894$, $p < 0.0001$), alkaline phosphatase and pTfR ($1 = 0.8399$, $p < 0.0001$) , ALP and EPO ($r = 0.9193$, $p < 0.0001$), iron and hepcidin ($r = 0.8897$, $p < 0.001$), PE and EPO ($r = 0.9067$, $p < 0.0001$), which allows the use of ALP, rTfR and hepcidin indicators as important prognostic markers of fetal intrauterine development disorders, and EPO and EF - to assess the degree of hypoxia.

It was found that the highest pro-inflammatory pattern of cytokines (IL-6 and TNF-a) is characteristic only of early embryogenesis (before the formation of the placenta), further dynamics of their content during intrauterine development reflects a clear balance of the processes of alteration and apoptosis, as indicated by a significant correlation between TNF -a and alkaline phosphatase ($r = 0.9197$, $p = 0.00001$), TNF-a and pTfR ($r = 0.8789$, $p < 0.0001$).

Conclusions: It has been established that even simple dietary measures (exclusion of whole milk from the diet, inclusion of foods rich in iron, their separate use with foods that inhibit iron absorption) can reduce the

incidence of IDD in young children by 1638%, the terms of rehabilitation of children and adolescents with IDA - in 80.7% of cases.

Reducing the frequency of IDS in children and adolescents is possible only with the joint work and efforts of pediatricians, parents, social workers, which will allow timely prevention of ID in high-risk groups.

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF THE IMMUNE SYSTEMS IN THE OCCURRENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Turabidinova G.A.
Department of Normal Physiology
Andijan State Medical Institute

Relevance. Diseases of the cardiovascular system represent the most acute problem of modern medicine. Over the past quarter of a century, mortality from pathology of the heart and blood vessels has consistently held the first place. According to statistical studies, up to 1.5 million people die from cardiovascular diseases in Russia every year. human. In the world, this figure reaches 31%. The main and most common nosological forms are: atherosclerosis, hypertension, coronary heart disease, heart defects.

Purpose of the study. The aim of this study was to develop and systematize criteria for early diagnosis, severity of damage to the cardiovascular system, short-term and long-term prognosis, based on a comprehensive clinical, instrumental and laboratory assessment, in immune systems.

Materials and research methods. To solve the set tasks, the state of the cardiovascular system in the acute and long-term periods of the disease was assessed in 70 patients, 26 patients with diphtheria were examined, 44 - with changes in the immune systems.

Research results. The manifestation of autoimmunization in patients with IHD is characterized by sensitization of lymphocytes to the tissues of the vascular wall and is accompanied by a significant increase in the levels of autoantibodies to ocLDL and vascular tissues, as well as activation of the phagocytic link of immunity - neutrophils and monocytes. This is combined with the presence of such complications of coronary artery disease as myocardial infarction and left ventricular dysfunction according to echocardiography.

The results of tissue typing showed that in the HLA DR locus in the group of IHD patients, significant differences in the frequency of occurrence were noted for the DRB1 * 12 allele (0.075 versus 0.023 in the control). Allele DRB1 * 04 occurs significantly less frequently compared with the control group (0.050 versus 0.112 in the control).

When comparing the results of HLA typing with the parameters of the immune system in IHD patients, which characterize the manifestations of autoimmune reactions, a positive association of the DRB1 * 03 allele with increased sensitization of lymphocytes was established, which allows us to consider it as a genetic marker of the risk of autoimmune reactions.

We also analyzed the data obtained on the prevalence of known genes in the HLADRB1 region in patients with coronary artery disease, in relation to which a reliable relationship with the development of autoimmunization was proved. It was found that in the genotype of 61.7% of the examined patients in the HLA-DRB1 genotype, both specificities were neutral or protectively associated with autoimmunity. In 38.3% of patients, only one HLA-DRB1 specificity was positively associated with autoimmunization, while the second was neutral or negatively associated. Of the patients we examined, there was not a single one in whose genotype both HLA-DRB1 specificities would be from the "functional" group, marking the development of autoimmunization.

Conclusions. Modern recommendations for the prevention of cardiovascular diseases pay great attention to identifying and correcting risk factors, assessing the likelihood of complications and the prognosis of these diseases.

Further study of the participation of autoimmune processes in the pathogenesis of ischemic heart disease and predicting the risk of their development using immunogenetic analysis will contribute to timely prevention and the choice of appropriate treatment regimens, taking into account the need to correct the factors that form autoimmune reactions.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Тургунова Д.З.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Многоплановость проблемы сепсиса заключается в ряде нерешенных вопросов, таких как неоднозначность его определения как своеобразного синдрома, критериев клинической и морфологической диагностики, наличия особенностей современного лечебного патоморфоза и нивелирования значимости микробиологических методов исследования в диагностике.

Степень разработанности темы исследования Несмотря на ряд опубликованных рекомендаций остается нерешенным вопрос о выявлении четких патоморфологических критериев диагностики сепсиса, позволяющих дифференцировать данное состояние от синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), присущей и неинфекционным заболеваниям. Основное количество работ посвящено вопросам классификации и клиническим аспектам диагностики и лечения сепсиса.

Ряд работ, посвященных СШ, также раскрывает преимущественно клинические аспекты данного состояния и патофизиологические особенности его развития. Остается нерешенным вопрос о посмертной диагностике сепсиса при его лечебном патоморфозе в условиях современной антибиотикотерапии и изменения свойств бактериальной флоры, являющейся основным этиологическим фактором развития сепсиса.

Цель исследования. Дать патологоанатомическую характеристику изменений в органах умерших с клиническим диагнозом сепсис на фоне проведения современной комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Нами был исследован архивный материал 93 аутопсий умерших с клиническим диагнозом сепсис. При микроскопическом исследовании оценивали частоту встречаемости среди наблюдений и распространенность признаков повреждения сосудов микроциркуляторного русла, а также паренхимы органов: миокарда, печени, почек, головного мозга. Проводили статистическую обработку полученных данных с определением достоверных различий между группами наблюдений.

Результаты исследования. Выделено 4 группы наблюдений: 1-я – с лейкоцитарными мини-очагами и шоком (n=10), 2-я – с мини-очагами без шока (n=11), 3-я – без гнойных метастазов с шоком (n=15), 4-я – без гнойных метастазов без шока (n=43). Установлено, что основным этиологическим фактором септического шока является грамотрицательная микрофлора.

При септическом шоке активация свертывающей системы более выражена, что подтверждается большей частотой обнаружения тромбов в просветах сосудов микроциркуляторного русла. В группе с шоком и лейкоцитарными мини-очагами лейкостаз в сосудах почки и десквамации эндотелия обнаруживались достоверно чаще (p=0.01), чем в группе с шоком без гнойных метастазов.

Вывод. Полученные в результате исследования данные расширяют представления о патогенезе сепсиса и особенностях его развития в условиях современной терапии.

Выявление минимальных морфологических признаков септического метастазирования и наиболее значимых признаков повреждения сосудов микроциркуляторного русла позволяют улучшить патологоанатомическую диагностику сепсиса.

Обнаруженные особенности экспрессии сигнальных молекул в эндотелии сосудов микроциркуляторного русла, выявляемые при проведении иммуногистохимического исследования с использованием маркера ICAM-1, позволяют расширить диагностические возможности посмертной диагностики сепсиса.

Совокупная и динамическая оценка прижизненно и посмертно выполненных микробиологических исследований с определением смены микрофлоры расширяет диагностические возможности в прозекторской практике.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ РАК ЖЕЛУДКА

Тургунова Д.З.
Кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблемы морфогенеза и классификации рака желудка тесно связаны с поисками клинико-морфологических характеристик, которые могли бы иметь прогностическое значение и в известной мере влияли на выбор оптимальных вариантов лечения как начальных, так и распространенных форм.

В этой связи представляется важным изучение частоты и характера как начального, так и распространенного рака желудка, которое возможно только при четко спланированном морфологическом исследовании, а также поиск таких характеристик опухолевого процесса, которые с большой вероятностью свидетельствуют об инвазии в подслизистый слой и метастазировании в регионарные лимфатические узлы.

В связи с вышеизложенным исследование пролиферативной активности опухолевых клеток и особенностей стромального окружения может дать необходимый комплекс морфологических прогностических признаков для уточнения характеристики патологического процесса.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости изучения широкого спектра взаимосвязанных вопросов, решение которых позволит уточнить клиническое значение ряда морфологических признаков рака желудка, что позволит в свою очередь более обоснованно судить о характере местного процесса, улучшить диагностику, корректировать тактику лечения больных и прогнозировать течение заболевания.

Цель исследования. Изучить сопряженность морфологических изменений в опухолевой ткани при раке желудка и сигнальных лимфатических узлах на этапах метастазирования.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с раком желудка и гистологической биопсией для скрининга для выполнения поставленной задачи.

Результаты исследования. Для оптимизации выбора тактики лечения рака желудка и прогноза течения заболевания и его исходов следует учитывать глубину инвазии новообразования, наибольший длинник (размер) карциномы со стороны слизистой оболочки, гистологическое строение, пролиферативную активность и паренхиматозно-стромальные взаимоотношения.

Глубина инвазии опухоли, основанная на изучении анатомо-гистологическом строении стенки органа с учетом строения лимфатической системы более полно отражает распространенность первичной опухоли в отличие от международной классификации. Опухоли, расположенные в пределах слизистой оболочки до мышечной пластинки и соответсвующие карциноме in situ не дают метастазов в регионарные лимфатические узлы. Инвазия подслизистого слоя в 22,2% сопровождается регионарными метастазами.

Наибольший длинник (размер) опухоли со стороны слизистой оболочки позволяет на дооперационном этапе судить о глубине инвазии и планировать лечение. При опухоли размером до 1,5 см инфильтрация стенки органа не превышает подслизистого слоя.

Опухоли сложного гистологического строения встречаются в 30,6% случаев, состоят из нескольких компонентов, включающих адено-карциному, перстневидноклеточный и недифференцированный рак в различных сочетаниях и комбинациях. Для них характерен достоверно больший длинник (размер) первичной опухоли со стороны слизистой оболочки, глубокая инвазия стенки органа и высокая частота метастазов в регионарных лимфатических узлах по сравнению с мономорфной аденокарциномой.

Компьютерные микроспектрофотометрнческне изменения плоид-ности и площади ядра, ядрышковых организаторов и фибриллярных центров опухолевых клеток являются маркером пролифера-тивной активности эпителия желудка и позволяют проводить дифференциальную диагностику между дисплазиями, а также между тяжелой дисплазией и высокодифференцированной неинва-зивной аденокарциномой. Метастазы в регионарных лимфатических узлах имеют большую плоидность клеток по сравнению с первичной опухолью.

Рост первичной опухоли сопровождается изменением паренхиматозно-стромальных взаимоотношений: возрастает склероз стромы и снижается степень выраженности лимфоидноклеточной воспалительной инфильтрации по периферии карциномы.

Наибольший длинник (размер) опухоли со стороны слизистой оболочки, определяемый на дооперационном этапе, глубина инвазии, метастазы в регионарных лимфатических узлах и гистологическая структура являются важнейшими связанными между собой клинико-морфологическими признаками, определяющими местное распространение опухолевого процесса и прогноз.

Морфологические признаки благоприятного прогноза при распространенном раке желудка включают: экзофитные клинико-морфологические формы, наибольший длинник (размер) опухоли со стороны слизистой оболочки до 3,5 см, инвазию не глубже под-слизистого слоя; отсутствие метастазов или вовлечение не более 1/3 площади лимфатического узла; гистологическую структуру первичной опухоли, имеющую строение мономорфной аденокар-циномы; слабый склероз стромы и выраженную лимфоидноклеточную воспалительную инфильтрацию по периферии опухоли.

Неблагоприятными факторами прогноза при распространенном раке желудка являются: эндофитная клинико-морфологическая форма роста; наибольший длинник (размер) опухоли со стороны слизистой оболочки более 3,6 см; инвазия, начиная с мышечной оболочки и глубже; метастазы в регионарных лимфатических узлах, занимающие более 2/3 площади; эмболия сосудов раковыми клетками; гистологическая структура, соответствующая опухоли сложного гистологического строения и недифференцированному раку; выраженный склероз стромы и слабая степень лимфоидноклеточной воспалительной инфильтрации по периферии.

Встречаемость рака желудка на аутопсийном материале составляет 2,1%. У 67,6% умерших было предпринято хирургическое лечение. Среди больных, у которых оперативное лечение расценено как радикальное, в 22,4% обнаружены лимфогенные, а в 28,6% -гематогенные метастазы. Патоморфоз причин смерти заключается в возрастании частоты генерализации опухоли (28,1%). Процент расхождений диагнозов по основному заболеванию возрос за последние 30 лет с 6,5% до 33,3%.

Вывод. Доказанное на репрезентативной группе наблюдений значение определения наибольшего длинника (размера) первичной опухоли со стороны слизистой оболочки на дооперационном этапе позволяет более адекватно подходить к планированию объема операции: функцио-ш~ты1о-щадящего или расширенного оперативного лечения.

Обнаруженное клиническое значение предложенного подразделения глубины инвазии согласно анатомо-гистологическому строению органа с учетом особенностей строения лимфатической системы становится объективным критерием оценки местной распространенности процесса и прогноза.

Подразделение установленных вариантов рака сложного гистологического строения при местнораспространенном процессе улучшает диагностику и выбор адекватного лечения.

На основе предложенного комплексного методического подхода к изучению морфологической структуры опухолей желудка (компьютерная гистоспектрофотометрия плоидности ДНК, районов ядрышковых организаторов и фибриллярных центров, пролиферативной активности) разработаны критерии,

позволяющие проводить дифференциальную диагностику между патологическими процессами, определять степень злокачественности и дифференцировки, выявлять неблагоприятные факторы прогноза, которые необходимо учитывать при разработке методики лечения.

N, N^1-ГЕКСАМЕТИЛЕН БИС-[(5-ФЕНИЛ-1,3,4-ТИОДИАЗОЛ-2-ИЛ) МОЧЕВИНА] НИНГ ОЛИНИШИ ВА ХОССАЛАРИ

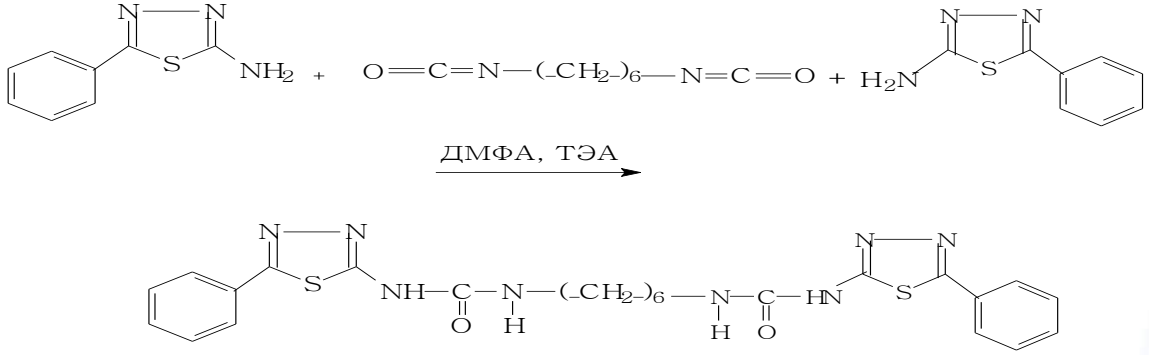
Убайдуллаев К.Т.[1], Ўрмонов А.А.[1], Холбоев Ю.Х.[1], Махсумов А.Г.[2]
Андижон давлат тиббиёт институти Тиббий кимё кафедраси[1]
Тошкент кимё-технология институти
Нефт ва газни қайта ишлаш кимёвий технологияси кафедраси[2]

Маълумки, мочевина ва унинг ҳосилалари инсектицид ва гипотензив фаоллиги бўлган турли дориларни синтез қилишда кенг қўлланилади. Мочевинанинг кўплаб ҳосилаларининг хусусиятлари ўрганилган, аммо таркибида 1,3,4-тиодиазоллар бўлган мочевина ҳосилалри синтези уларнинг хусусиятлари жуда кам ўрганилган.

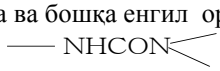
Янги биоактив мочевина ҳосилаларини синтез қилиш учун биз биологик фаолликни намойиш этадиган 2-амино-5-фенил-1,3,4-тиодиазолни ҳам эркин шаклда, ҳам турли хил синтетик дориларнинг таркибий қисми сифатида олдик. Эритилган ва боғланмаган 1,3,4-тиадиазоллар муҳим биологик фаолликка эга бўлган гетероциклик бирикмалар синфига мансубдир. 2,5-алмашинган-1,3,4-тиадиазол ҳосилалари антибактериал, замбуруғларга қарши, антипсихотик ва силга қарши таъсир кўрсатади, шунингдек, у оғриқ қолдирувчи, яллиғланиш, шамоллаш, тутқаноққа қарши ва антидепрессант таъсирга эга эканликлари аниқланган.

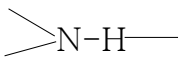
Шу муносабат билан мочевина модификациясида 2-амино-5-фенил-1,3,4-тиодиазолдан фойдаланиш истиқболли соҳа бўлиши кутилади.

Олдинги тадқиқотлар асосида бис- (5-фенил-1,3,4-тиодиазо-2-ил) мочевинанинг янги ҳосилаларини синтез қилиш ва уларнинг кимёвий хоссаларини ўрганиш соҳаси режалаштирилди. Шундай қилиб, 2-амино-5-фенил-1,3,4-тиодиазолнинг гесаметилендиизоцианат билан реакцияси натижасида қуйидаги реакция схемасига биноан бис-5-фенил-1,3,4-тиодиазо-2-ил мочевина ҳосилалари ҳосил бўлди:



Гексаметилендиизосиянатнинг 2-амино-5-фенил-1,3,4-тиодиазол билан ўзаро таъсири реактсияси 3,5 соат давомида 28-37^{0}C ҳароратда реактивларнинг 1:2 моль нисбатида амалга оширилди ва натижада N,N^1-гексаметилен бис-[(5-фенил-1,3,4-тиодиазо-2-ил) мочевина] ҳосил бўлди, бу рангсиз юқори температурада суюқланадиган кукун, сувда ва бошқа енгил органик эритувчиларда деярли эримайди.

Бу бирикмада иккита () мочевина қолдиғи, шунингдек, алифатик қаторнинг полиметилен гуруҳлари мавжуддир.

Полиметилен занжирларга боғланган  гуруҳларининг реактивлигини ўрганиш учун биз N,N^1-динитрозалаш, металл бириктириш ва алкиллаш каби реакцияларни ўтказдик.

Олинган моддаларни қайта кристаллаш, колонкали хроматографиялаш усуллари билан тозаланди. Ҳозирги кунларда уларнинг амалий аҳамиятини ўрганиш ишлари амалга оширилмоқда.

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЕ АНАТОМИИ

Убайдуллаев Р.Л., Салиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Существующие на данный момент классификации методов, приемов и средств обучения с использованием мнемотехники были в основном ориентированы на преподавание в начальной школе или обучение языкам.

Накопленный со временем опыт по применению мнемонических приемов начал использоваться при обучении различным дисциплинам. Преподавание мнемотехники в иностранной медицинской школе стало широко распространенной практикой, с включением ее в учебники для изучаемой дисциплины. Между тем в российских медицинских вузах мнемоническое обучение — это достаточно новое и малоизвестное направление для большинства преподавателей, о чем свидетельствуют лишь единичные публикации в отечественных изданиях.

Цель исследования. Предлагать классификация мнемонических методов и приемов разработать для изучения анатомии человека.

Результаты исследования. Приемы «Буква в букве» или «Часть буквы в букве» — простая мнемоника, основанная на обнаружении одной буквы или ее фрагмента в составе другой, например V (Vestibularis) в M (Membranaceus) и C (Cochlearis) в O (Osseus), что позволяет запомнить сообщения водопроводов височной кости с лабиринтами внутреннего уха.

Прием «Буква в цифре» — простая мнемоника, основанная на обнаружении буквы в составе цифры, например, буква V в латинском слове Venacava (полая вена) заметна в римской цифре VIII, что позволяет запомнить скелетотопию (расположение органа относительно скелета) этого сосуда в месте прободения им диафрагмы, соответствующую уровню восьмого грудного позвонка.

Прием «Часть буквы в цифре» — простая мнемоника, основанная на присут-ствии части буквы в составе цифры, например, закругленной части буквы B в цифре 3 и горизонтальной линии, соединяющей вертикальные части буквы H, в цифре 2, что позволяет запомнить, что количество корней у верхних коренных зубов равно 3, а у нижних — 2.

Прием «Буква или часть буквы в теле» — простая мнемоника, основанная на сходстве некоторых букв с частями тела человека, например, для запоминания расположения пищеводной расщелины по отношению к аортальной. Буква E (Esophagus, или пищевод) отвечает за верхнюю, а часть буквы A (Aorta) — за нижнюю.

Прием «Цифра или часть цифры в теле» — простая мнемоника, основанная на сходстве некоторых цифр или их отдельных фрагментов с частями тела человека. Прием «Декодирование» — извлечение из запомненной картинки слов (образов) в порядке их связывания, удаление из них гласных букв и перевод полученных согласных в цифры.

Прием «Трансформация» — превращение запоминаемой информации в другие формы, не имеющие с ней сходства, например, диафрагмы — в часы для запоминания ее частей и прободающих ее анатомических структур.

Прием «Пиктограмма» — отображение запоминаемой информации в схематичном рисунке, например, использование символа, обозначающего американский доллар ($), для запоминания терминов, начинающихся на букву S.

Заключение. Обучение даже одному мнемоническому приему может значительно повысить успеваемость. Так, использование приема логотипирования в обучении орфографии русского языка позволило увеличить число учащихся, написавших словарные слова правильно или с минимальным количеством ошибок. Хочется надеяться, что в ближайшем будущем мнемоническое обучение займет достойное место среди современных передовых образовательных технологий.

Результаты эксперимента показали более высокий средний коэффициент запоминания у студентов со средним (от 80 до 60%) и низким уровнями знаний (менее 60%) в экспериментальной группе по сравнению с контрольной.

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА “АНАТОМИЯ”

Убайдуллаев Р.Л.,Салиева М.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение.Существующие на данный момент классификации методов, приемов и средств обучения с использованием мнемотехники были в основном ориентированы на преподавание в начальной школе или обучение языкам.

Накопленный со временем опыт по применению мнемонических приемов начал использоваться при обучении различным дисциплинам. Преподавание мнемотехники в иностранной медицинской школе

стало широко распространенной практикой, с включением ее в учебники для изучаемой дисциплины. Между тем в российских медицинских вузах мнемоническое обучение — это достаточно новое и малоизвестное направление для большинства преподавателей, о чем свидетельствуют лишь единичные публикации в отечественных изданиях.

Цель исследования. Предложить данные классификации мнемонических методов и приемов при разработке занятий по предмету “Анатомия человека”.

Результаты исследования. Приемы «Буква в букве» или «Часть буквы в букве» — простая мнемоника, основанная на обнаружении одной буквы или ее фрагмента в составе другой, например V (Vestibularis) в M (Membranaceus) и C(Cochlearis) в O (Osseus), что позволяет запомнить сообщения водопроводов височной кости с лабиринтами внутреннего уха.

Прием «Буква в цифре» — простая мнемоника, основанная на обнаружении буквы в составе цифры, например, буква V в латинском слове Venacava (полая вена) заметна в римской цифре VIII, что позволяет запомнить скелетотопию (расположение органа относительно скелета) этого сосуда в месте прободения им диафрагмы, соответствующую уровню восьмого грудного позвонка.

Прием «Часть буквы в цифре» — простая мнемоника, основанная на присут-ствии части буквы в составе цифры, например, закругленной части буквы B вцифре 3 и горизонтальной линии, соединяющей вертикальные части буквы H, в цифре 2, что позволяет запомнить, что количество корней у верхних коренных зубов равно 3, а у нижних — 2.

Прием «Буква или часть буквы в теле» — простая мнемоника, основанная на сходстве некоторых букв с частями тела человека, например, для запоминания расположения пищеводной расщелины по отношению к аортальной. Буква E (Esophagus, или пищевод) отвечает за верхнюю, а часть буквы A (Aorta) — за нижнюю.

Прием «Цифра или часть цифры в теле» — простая мнемоника, основанная на сходстве некоторых цифр или их отдельных фрагментов с частями тела человека. Прием «Декодирование» — извлечение из запомненной картинки слов (образов) в порядке их связывания, удаление из них гласных букв и перевод полученных согласных в цифры.

Прием «Трансформация» — превращение запоминаемой информации в другие формы, не имеющие с ней сходства, например, диафрагмы — в часы для запоминания ее частей и прободающих ее анатомических структур.

Прием «Пиктограмма» — отображение запоминаемой информации в схематичном рисунке, например, использование символа, обозначающего американский доллар ($), для запоминания терминов, начинающихся на букву S.

Заключение.Обучение даже одному мнемоническому приему может значительно повысить успеваемость. Так, использование приема логотипирования в обучении орфографии русского языка позволило увеличить число учащихся, написавших словарные слова правильно или с минимальным количеством ошибок. Хочется надеяться, что в ближайшем будущем мнемоническое обучение займет достойное место среди современных передовых образовательных технологий.

Результаты эксперимента показали более высокий средний коэффициент запоминания у студентов со средним (от 80 до 60%) и низким уровнями знаний (менее 60%) в экспериментальной группе по сравнению с контрольной.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОБУЧЕНИЯ АНАТОМИИ

Умарова М.З., Рустамова Х.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Многочисленные рекомендации по совершенствованию анатомических знаний студентов и врачей сводятся, во-первых, к стремлению убедить, и без того адаптированную аудиторию в значимости анатомических знаний для клиницистов, во-вторых, к призывам использовать анатомические препараты и качественные учебные пособия, учебники, атласы, муляжи, пластифицированные препараты и возможности интернета, с включением в познавательный процесс современных методов выявления анатомических структур (компьютерных томограмм, эхограмм, ангиограмм и др.).

Безусловно, все это необходимо, но поскольку рассматривается система медицинского образования, то к познанию анатомии необходимо привлекать уже школьников. Это должны быть ориентационные занятия в анатомическом музее кафедры. Они помогут школьнику осознанно выбрать профессию. Кафедра анатомии располагает таким опытом. Школьники делают доклады на анатомические темы, самостоятельно проводят антропометрические исследования в школах. Абитуриенты, а затем и студенты, из числа таких школьников, демонстрируют отличную успеваемость, активно участвуют в поисковых исследованиях. Для кафедры анатомии самым главным является, несомненно, обучение студентов на первом и втором курсах с использованием всех современных тех- нологий, от традиционных препаратов до компьютерных анимационных изображений.

Неоднократное обращение студентов старших курсов и практикующих врачей с просьбами дать возможность восполнить анатомические знания на кафедре, позволяют нам предложить включение в систему анатомического образования циклы, во-первых, для профильных специальностей, во- вторых, для узких специальностей, с использованием всех демонстрационных возможностей. Сотрудники кафедры успешно читают лекции и проводят практические занятия с косметологами, стоматологами. Проведение таких циклов для студентов старших курсов должно быть включено в качестве факультативов в программу вуза, равно как и практическим врачам, необходимо дать возможность планово совершенствовать анатомические знания. Только учитывая изложенное, можно говорить о системе медицинского образования.

Основная часть. В связи с широким распространением современных методов медицинской визуализации (в частности рентгеновской компьютерной и магнитно- резонансной томографии), знания основ лучевой диагностики при изучении анатомии человека приобретают высокую актуальность. Ориентироваться в полученных диагностических изображениях приходится не только врачам-рентгенологам, но и широкому кругу специалистов. В то же время действующий образовательный стандарт не выделяет изучаемую ранее студентами 3–4 курсов лучевую диагностику как отдельную дисциплину, включив ее элементы в циклы пропедевтики внутренних болезней и общей хирургии. В то же время оснащение кафедр нормальной анатомии электронными средствами демонстрации (компьютеры, проекторы, интерактивные доски) делает доступным включение в учебный процесс демонстрацию изображений, полученных цифровыми методами прижизненной анатомической визуализации («живой анатомии»).

В настоящее время многочисленные поперечные («пироговские») срезы организма человека, полученные при томографии, дополняются множественными вариантами компьютерной обработки с созданием удобных моделей различных анатомических областей. Следует выделить так называемые мультипланарные реконструкции, позволяющие получать изображения частей тела в любом сечении, под любым углом к заданной плоскости. Особенно это удобно для изучения топографии органов. Криволинейные реконструкции позволяют демонстрировать сложные анатомические сообщения (например, каналы височной кости, ход кровеносных сосудов). Для изучения кровеносных сосудов могут использоваться данные МР и КТ ангиографии. Разрешающая способность современных томографов позволяет визуализировать даже мелкие артери- альные и венозные стволы, описывать их вариантную анатомию, анастомозы. В анатомическом аспекте очень удобны различные варианты 3D-изображений, позво- ляющие демонстрировать отдельные структуры (части скелета, кровеносные сосуды, строение внутренних органов) и их взаиморасположение (например, определение скелетотопических ориентиров). И это далеко не полный перечень возможностей методов «живой анатомии».

Заключение. Таким образом, учитывая огромный интерес студентов к использованию современных IT-технологий, данные методы исследования являются перспективными для их более широкого внедрения в учебный процесс кафедр морфологического профиля.

СПОРТ – СОҒЛОМ ҲАЁТ ГАРОВИ

Хаджамуратова М.Х.
Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси
АДТИ

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.

Ислоҳотлар даврида марказдан тортиб то чекка ҳудудларда ҳам кўплаб спорт 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” мусобақаларини кенг йўлга қўйилишининг Ўзбекистонда ташкил этилгани амалга оширилаётган ислоҳотларнинг натижасини берди ва Ўзбекистон спорти дунё юзини кўрди.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномада ҳам жисмоний тарбия ва спортга алоҳида тўхталиб ўтди. 2021 йил учун яна бир муҳим йўналиш сифатида белгиланган тиббиёт соҳасида устувор вазифаларга алоҳида эътибор қаратилди.

бешинчи вазифаси - жисмоний тарбия ва спортни янада оммалаштиришга бағишланди.

– аҳоли саломатлигини таъминлашда муҳим омил эканлиги қайд этилди ҳамда қўйидаги вазифалар белгиланди:

- келгуси 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 этилади;

- аҳолини оммавий спорт турларига кенг жалб қилиш орқали 2021 йилда қамров ҳозирги 19 фоиздан 25 фоизга етказилади.

“Спорт ҳақида гапирганда, яна бир муҳ им 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 миқёсидаги ушбу мусобақага ҳозирдан бошлаб пухта тайёргарлик кўришимиз лозим”. Ушбу даъват келажакдаги самарали натижаларнинг ифодасидир.

Давлат томонидан болалар ва ўсмирларга кўрсатилаётган ғамхўрлик, келажагимизга бўлган масъулият ҳамда халқимизга бўлган ҳурмат ифодаси. Зеро “Фарзандлари соғлом юрт – қудратли бўлади” деган концептуал ғоя бу соҳани ривожланишига мустақилликнинг дастлабки йиллариданоқ тамал тоши қўйилганини исботидир.

МУРОЖААТНОМАДА ИЖТИМОИЙ ҲИМОЯ МАСАЛАСИ

Хаджамуратова М.Х., Сарбоева Ш.
Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси
АДТИ

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 ислоҳотлар даврида ўзининг амалий ечимини топмоқда.

Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев таъкидлаганидек: - “Ислоҳотларимиз 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 бўлмайди – 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 900 нафар чин етим ёшларни уй-жой билан таъминлашга 50 миллиард сўм ажратилади Болаларни қўллаб-қувватлаш жамоат фонди ташкил этиб, унга 100 миллиард сўм йўналтирилади.

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН – МАКТАБ ОСТОНАСИДАН, ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ ТИЗИМИДАН БОШЛАНАДИ

Хаджамуратова М.Х., Каримжонова С.
Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси
АДТИ

Ўзбекистон Республикасининг 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 давлатни келажагини гуллаб-яшнатадиган кучга айланиши шубҳасиз.

Мухтарам Президентимиз таъкидлаб ўтганидек, -“Янги Ўзбекистон – мактаб остонасидан, таълим-тарбия тизимидан бошланади”, деган ғоя асосида кенг кўламли ислоҳотлар 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 қадриятлар асосида мустақил ва мантиқий фикрлайдиган, эзгу фазилатлар эгаси бўлган инсонлар этиб вояга етказилмоқда.

Учинчидан, ўғил-қизларимизни меҳнат бозорида талаб юқори бўлган замонавий касб-ҳунарларга 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 ғоя 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 ислоҳотлар ўзининг ижобий натижасини бериши шубҳасиз.

Мен мана шундай эзгу мақсадлар йўлида халқимизга, ёшларга кенг имкониятлар эшигини очиб бераётган мустақил Ўзбекистон фарзанди бўлганимдан фахрланаман. Албатта Мурожаатномада кўзда тутилган имкониятлардан кенг фойдаланиб, келажакда ватанимга, халқимга муносиб фарзанд, етук мутахассис бўлиб шаклланишга ҳаракат қиламан.

МУРОЖААТНОМА ВА ЁШЛАР КЕЛАЖАГИ

Хаджамуратова М.Х.
Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси
АДТИ

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 ёрқин исботидир.

Буюк бобокалонимиз Абу Али ибн Сино, бундан минг йил олдин “Довюрак ва ботир инсонлар келажакда содир бўладиган қийинчиликлардан қўрқмайди”, деб бежиз айтмаган, - дейди Мурожаатномада Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев, - айниқса, куни кеча Ёшлар форумида ўғил-қизларимизнинг ёниб турган кўзларида улкан азму шижоатни, билимга ташналик ва янгиликка интилишни кўриб, янада руҳландим ва улардан куч олдим. Ибн Сино бобомиз айтган довюрак ва ботир ёшлар айнан шу фарзандларим эканига яна бир бор амин бўлдим. Агар катта авлоднинг билими ва тажрибасини, узоқни 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 этамиз, - 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 ислоҳотлар бошлаб юборилди. Ёшлар катта авлодни 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 равнақига муносиб ҳиссамизни қўшиш ёшларнинг бурчидир.

Ўзбекистон Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига 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 равнақига ўзининг муносиб ҳиссасини қўша оладиган фуқаро сифатида ўзини намоён этишига даъват этади.

МУРОЖААТНОМА ВА МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ МАСАЛАСИ

Хаджамуратова М.Х., Комилова Д.
Ижтимоий-гуманитар фанлар кафедраси
АДТИ

Кичик ёшдаги болаларни тарбиялаш, уларни камол топишига ҳар томонлама шароит яратиб бериш давлат сиёсатининг устувор вазифаларидан бирига айланди. Ушбу ислоҳотларни янада давом эттириш ва бошлаган ишларимизни янги, юксак босқичга кўтариш мақсадида 2021 йилга мамлакатимизда “Ёшларни қўллаб-қувватлаш ва аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш йили”, деб ном берилди.

2021 йил номида белгиланган соҳаларни тубдан ислоҳ қилиш ва янада ривожлантириш бўйича кенг кўламли ишларни амалга ошириш лозимлиги мухтарам Президентимиз томонидан кўрсатиб ўтилди. Айнан ислоҳотларни мактабгача таълим соҳасини ривожлантириш масаласидан бошлангани айни муддао 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, ахлоқий-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.

МУРОЖААТНОМАДА ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИ МУСТАҲКАМЛАШ МАСАЛАСИ

Хаджамуратова М.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти

2020 йил 29 декабрда Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёев Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига Мурожаатнома йўллади. Мурожаатномада инсон саломатлигини мустаҳкамлаш масаласига энг муҳим масала сифатида эътибор қаратилди. “Аҳоли саломатлигини асраш ва мустаҳкамлаш борасидаги туб ислоҳотларимизни 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 қийнайдиган 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 зарур.

“ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР

Хаджамуратова М.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон Республикаси Президентининг Мурожаатномада ҳар қандай жамият тараққиётида унинг келажагини таъминлайдиган ёш авлоднинг соғлом ва баркамол бўлиб вояга етиши ҳал қилувчи ўрин тутишини айтиб ўтдилар.

“Она ва бола соғлиғига эътибор – жамиятга, келажакка эътибордир” – 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 соғлигини мустаҳкамлаш борасида қатор ислоҳотлар амалга оширилиб, ўзининг ижобий натижасини бермоқда ва жаҳон миқёсида эътироф этилмоқда. Шунингдек, аҳоли ҳам соғлом турмуш тарзига риоя этиши, ўз оиласида соғлом муҳитни шакллантириши, соғлигига зиён етказувчи одатлардан, иллатлардан ўзини тийиши, оила аъзоларининг соғлигига беэътибор бўлмаслик, 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 қўшиши зарур.

АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТНИНГ ЎРНИ

Хаджамуратова М.Х., Хўжанова П.
Андижон давлат тиббиёт институти

Аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашда жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш муҳим аҳамиятга эга. Шу сабабли Ўзбекистон Республикаси Президенти Шавкат Мирзиёевнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлисига йўллаган Мурожаатномада 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 видеоселектор ўтказди. Унда аҳолини жисмоний тарбия билан мунтазам шуғулланиб боришига даъват қилишуларни, соғлом ҳаёт кечиришга жалб қилиш, уларнинг соғлом турмушў тарзига риоя этиб яшашларини таъминлаш орқали турли касалликларнинг олдини олиш, халқимизнинг ўртача умр кўриш давомийлигини узайтириш барча амалга оширилаётган ислоҳотларимизнинг 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 Фармонини 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.

САЛБИЙ ИЛЛАТЛАРНИ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ТАЪСИРИ

Хаджамуратова М.Х., Тожиева М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистон Республикасида мустақиллик йилларида амалга оширилаётган ислоҳотлар 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 Мажлисига 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 – инсульт 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 рациони бир меъёрда 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 ривожи билан гиподинамия, камҳаракатлилик, 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 шамоллашни енгиб ўтади. Британиялик олимлар ҳар куни 1 соат давомида пиёда сайр қилган кишилар юрак хасталикларига 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 ҳамжамиятида қандай ўрин эгаллаши ҳам – буларнинг барчаси, аввалambор, янги авлоднинг ижтимоий равнақи, фарзандларимиз сиҳат-саломатлиги ва баркамол инсонлар бўлиб вояга етишига боғлиқдир.

ИЖТИМОИЙ РИВОЖЛАНИШ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ МАСАЛАСИ

Халилова Х., Хаджамуратова М.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти доценти

Аҳолининг ижтимоий ҳимоя қилиш, соғлом турмуш тарзини тарғиб этиш уларни келажагини таъминлашнинг мухим шарти ҳисоблайнади. Ўзбекистонни янада ривожлантиришнинг Ҳаракатлар Стратегияси ҳамда Ўзбекистон Республикаси ПРезиденти Шавкат Мирзиёевнинг Олий Мажлисга 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 берилаётган 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 ислоҳотчилик вазифасини бажара бориб, аҳолини тўғри йўлга йўналтира олсагина жамият соғлом, маънавий жиҳатдан юксак салоҳиятга эришиб боради.

Соғлом турмуш тарзини барқарорлаштиришга қаратилган барча чора-тадбирлар ислоҳотларимиз стратегиясига айнан мос бўлиб, келгусида юртимизда аҳоли саломатлигига, жамиятимизда соғлом турмуш тарзига эришилишига, шу орқали улкан ютукларга 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.

ВВЕДЕНИЕ В ЦИФРОВУЮ ОБРАБОТКУ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ

Хомидов М.Э
Андижанский государственный медицинский институт

В статье представлено введение в анализ биомедицинский анализ изображений. Биомедицинские сигналы - это изучение физиологической активности организмов, начиная от последовательностей генов и белков, до нервных и сердечных ритмов, до изображений тканей и органов.

Обработка изображения может быть определена как манипулирование изображением с целью извлечения информации из изображения или создания альтернативного представления изображения. Есть множество конкретных причин для обработки изображений, но основном можно разделить на две категории: для удаления нежелательных компонентов сигнала, которые искажают изображение, и для извлечения информации, отображая ее в более очевидной или более полезной форме.

Биомедицинский анализ изображений - это в высшей степени междисциплинарная область, находящаяся на стыке компьютерных наук, физики, медицины, биологии и инженерии. По сути, биомедицинский анализ изображений - это применение методов обработки изображений к биологическим или медицинским проблемам. Однако в биомедицинском анализе изображений важную роль играет ряд других областей:

Анатомия. Знание формы, структуры и близости к другим анатомическим объектам может помочь идентифицировать особенности на изображениях и определить аномалии.

Физиология. Физиология играет роль в функциональной визуализации, где следует определять очень широко, начиная от кровотока, отображаемого с помощью допплеровского ультразвука, до физиологии клеток, визуализируемого с помощью микроскопии и флуоресцентных датчиков. Термин функциональная

визуализация часто используется для современных методов визуализации физиологических процессов с помощью функциональной МРТ, ПЭТ или ОФЭКТ.

Физика. В зависимости от способа визуализации значения изображения представляют принципиально разные свойства отображаемого объекта. Примеры включают ослабление рентгеновских лучей в КТ, рассеяние и поглощение оптического света в микроскопии и оптической когерентной томографии (ОКТ), а также константы времени магнитной спиновой релаксации в МРТ.

Биомедицинская обработка сигналов является быстро развивающейся областью. В частности, обработка биомедицинских данных играет важную роль в биологических исследованиях и медицинской практике. В продвинутом мире некоторые из методов визуализации в настоящее время широкодоступны, которые могут иметь дело с выявлением заболевания и предоставлять диагностическую информацию.

ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ

Хасанова Д.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Актуальность проблемы: Насилие в отношении женщин, особенно со стороны интимного партнера, и сексуальное насилие над женщинами являются серьезной проблемой общественного здравоохранения и нарушением прав человека. Согласно опубликованным ВОЗ оценкам, примерно каждая третья женщина (30%) в мире на протяжении своей жизни подвергается физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера либо сексуальному насилию со стороны другого лица. В большинстве случаев это насилие со стороны интимного партнера. Во всем мире почти треть (27%) женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоявших в отношениях, сообщают о том, что на протяжении жизни подвергались физическому и/или сексуальному насилию в той или иной форме со стороны своего интимного партнера. Насилие может пагубно сказываться на физическом, психическом, сексуальном и репродуктивном здоровье женщин и в некоторых обстоятельствах связано с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Насилие в отношении женщин можно предотвратить. Сфера здравоохранения призвана сыграть важную роль в оказании комплексной медико-санитарной помощи женщинам, подвергшимся насилию, и служить отправной точкой для направления женщин в другие службы поддержки, в услугах которых они могут нуждаться. Организация Объединенных Наций определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб, или страдания женщинам, включая угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или в личной жизни»

Насилие со стороны интимного партнера — это поведение нынешнего или прежнего интимного партнера, причиняющее физический, сексуальный или психологический вред, включая физическую агрессию, сексуальное принуждение, психологическое насилие и различные проявления контролирующего поведения.

Сексуальное насилие — это «любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия, направленные в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте. Оно включает изнасилование, определяемое как насильственное или иное принудительное проникновение внутрь вульвы или ануса с использованием пениса, других частей тела или предмета, попытку изнасилования, совершаемое против воли прикосновение сексуального характера или другие, бесконтактные формы».

Общепопуляционные обследования на основе сбора информации от жертв позволяют получить максимально точные оценки распространенности насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия. Результаты анализа данных о распространенности проблемы насилия в отношении женщин по 161 стране и району за период с 2000 по 2018 г., проведенного ВОЗ в 2018 г. по поручению Межведомственной рабочей группы ООН по проблемам насилия в отношении женщин, свидетельствуют о том, что во всем мире почти каждая третья женщина, или 30% женщин, на протяжении своей жизни подвергаются физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера либо сексуальному насилию со стороны другого лица, либо и тому, и другому.

Более четверти всех женщин в возрасте от 15 до 49 лет, состоявших в отношениях, по крайней мере один раз в жизни (начиная с 15-летнего возраста) подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны своего интимного партнера. Что касается разных регионов ВОЗ, то оценочные показатели распространенности насилия со стороны интимного партнера варьируются от 20% в Регионе Западной части Тихого океана, 22% в странах с высоким уровнем дохода Европейского региона и 25% в Регионе стран Америки до 33% в Африканском регионе, 31% в Регионе Восточного Средиземноморья и 33% в Регионе Юго-Восточной Азии.

Во всем мире до 38% всех убийств женщин совершается их интимными партнерами. Помимо насилия со стороны интимного партнера, 6% женщин сообщают о том, что подвергались сексуальным посягательствам со стороны лиц, не являющихся их партнерами, хотя данные о сексуальном насилии со

стороны посторонних лиц являются более ограниченными. Насилие со стороны партнера и сексуальное насилие чаще всего совершаются мужчинами в отношении женщин.

В условиях режима самоизоляции и карантина в связи с пандемией COVID-19 женщины стали еще более уязвимыми от жестокого обращения со стороны партнеров и известных факторов риска, в то время как услуги стали для них менее доступными. Гуманитарные кризисы и вынужденное переселение людей могут обострить существующие проблемы насилия, в то числе со стороны интимных партнеров, а также сексуального насилия со стороны других лиц, и породить новые формы насилия в отношении женщин.

Цель исследования: выявить связь в частоте встречаемости психосоматических заболеваниях среди женщин репродуктивного возраста с актами гендерного насилия в семье.

Материал и методы исследования: был проведен опрос среди 45 женщин репродуктивного возраста, изучен ретроспективный анамнез жизни, акушерско-гинекологический анамнез, семейный анамнез, проведено клиническое обследование.

Результаты исследования. Было выявлено что у 60% женщин в семейном анамнезе имело место проявления гендерного насилия, в том числе у 7 женщин в анамнезе супруг заставлял сделать аборт, у 2-х женщин после ссоры во время беременности развилась тяжелая преэклампсия, которая требовала госпитализацию, у 5 женщин произошел самопроизвольный выкидыш после перенесенного физического насилия, у 4-х женщин беременность закончилось преждевременными родами в сроках 33-35 недель после хронических психологических форм насилия. У 1 женщины после побоев мужа третья беременность завершилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что повлекло экстренной госпитализации и проведения операции кесарево сечение в сроке 37 недель беременности. 8 женщин отметили о заражении ИППП/ИРТ, после которого проходили курсы противо хламидиозной, противо кандидозной, противо гарднереллезной терапии.

Выводы. Насилие со стороны интимного партнера (физическое, сексуальное и эмоциональное) и сексуальное насилие приводят к серьезным кратковременным и длительным проблемам физического, психического, сексуального и репродуктивного здоровья у женщин. Эти формы насилия также сказываются на их детях и порождают значительные социальные и экономические издержки для женщин, их семей и общества. Факторы риска как насилия со стороны интимного партнера, так и сексуального насилия включают: низкий уровень образования (совершение сексуального насилия и подверженность сексуальному насилию); жестокое обращение в детстве (совершение насилия и подверженность ему); наблюдаемое насилие в семье (совершение насилия и подверженность ему); антисоциальное расстройство личности (совершение насилия); вредное употребление алкоголя (совершение насилия и подверженность ему); вредные мужские привычки и нормы поведения, в том числе склонность к полигамии и отношение, оправдывающее насилие (совершение насилия); общественные нормы, приписывающие привилегированное или более высокое положение мужчинам и более низкое — женщинам; ограниченные возможности женщин устроиться на оплачиваемую работу. Факторы, конкретно связанные с насилием со стороны интимного партнера, включают: прошлый опыт насилия; разногласия между супругами и неудовлетворенность в супружеской жизни; трудности в общении между партнерами; и контролирующее поведение мужчин по отношению к их партнерам. Факторы риска, характерные для совершения сексуального насилия, включают: представления о чести семьи и сексуальной чистоте; идеологию доминирующего положения мужчин в сексуальных отношениях; и слабые правовые санкции за сексуальное насилие.

МЕТОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЧИСТОТЫ И ПРИГОДНОСТИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Хасанова Ш.А.
Кафедра гигиены и УОЗ
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Регулирование качества питьевой воды является важнейшим направлением охраны здоровья населения, а профилактика инфекционной и неинфекционной заболеваемости, связанной с водным фактором, остается одной из приоритетных задач государственной политики, гигиенической науки и практики.

Цель исследования. Совершенствование системы управления качеством питьевой воды на основе разработки и внедрения метода ее интегральной гигиенической оценки по показателям химической безвредности.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы изучили состояние водопроводных станций, раздающих питьевую воду населению Андижана.

Результаты исследования. Комплексное санитарно-гигиенического исследование атмосферы, поверхностных вод, почвы города Андижан 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).

Обобщены многолетние данные по качеству питьевой воды, подаваемой в распределительную сеть города. Оно определяется природным составом воды реки Нева, уровнем антропогенного загрязнения и технологией водоподготовки.

Показано, что существующая на действующих водопроводных станциях Андижана технология обеззараживания питьевой воды хлорсодержащими реагентами не обеспечивает необходимый уровень эпидемической безопасности и требует увеличения доз хлора, что небезопасно для здоровья населения. Процент проб, не отвечающих гигиеническим требованиям по бактериологическим показателям, колеблется в пределах 0,09- 1,08 процентов.

Экспериментальные исследования эффективности применения УФ-излучения для обеззараживания питьевой воды на этапе опытно-промышленных испытаний подтвердили высокую антибактериальную, противовирусную и антипротозойную активность УФ в дозах 25-45 мДж/см2 и позволили рекомендовать их к использованию в реальных условиях Главной водопроводной станции.

Внедренная на Главной водопроводной станции дополнительная обработка питьевой воды ультрафиолетовым излучением приводит к уничтожению значительной части микроорганизмов, выживших после хлорирования воды. Если на входе на УФ установку доля проб, не соответствующих гигиеническим требованиям по санитарно-микробиологическим показателям составляла 3,58 %, то после облучения ультрафиолетом - 0,96 %. Сохранившие жизнеспособность после УФ-обработки бактерии относились к наиболее устойчивым спорообразующим формам (в основном представители рода Bacillus). Не выявлено непосредственного летального воздействия УФ-излучения на те группы микроскопических животных, которые обычно выживают в хлорированной воде.

Вывод. Значимость заключается в научном обосновании метода оценки качества питьевой воды по интегральному показателю безвредности, учитывающей особенности вредного влияния химических веществ с различными эффектами воздействия и позволяющей унифицировать оценочные показатели.

Новый метод вносит существенный вклад в дальнейшее развитие методологии оценки риска здоровью населения в части реализации интегрального подхода к оценке безвредности питьевой воды для совершенствования системы управления ее качеством.

КЛИНИК БИЛИМЛАРНИ ВА ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИНИ ЭГАЛЛАШДАГИ УМУМИЙ ГЕНЕТИКАНИНГ РОЛИ

Холиқов П.Х., Даминов А.О., Қурбонов А.Қ., Куриязова С.М., Хусаинова Х.
Тошкент тиббиёт академияси

Маьлумки умумий генетика генетиканинг асосий қонуниятларини ўргатади. Кишилар қадим замонлардан буён ирсият сирларини билишга уриниб келмоқдалар. Ирсият тирик организмларнинг белги ва хусусиятларини ўз наслига ўтказиш хоссасидир. Ирсият туфайли болалар ота-онасига, ака-укалар эса ўзаро бир-бирига ўхшаш бўладилар. Одамларда тана ва юз тузилиши, сочнинг ҳамда кўзнинг ранги ташқи муҳит омилларининг таъсирига қарамасдан наслдан –насилга ўтади.

Генетика фақат назарий масалаларни ўрганиб қолмасдан ирсият қонуниятларини амалиётга янада кенг тадбиқ этади. Хозирги кунда биотехнология, ген инженерияси ютуқларидан фойдаланиб ирсий касалликларни аниқлаш уларни даволаш яъни ген терапияси муаммолари ҳал қилинмоқда. Уч мингга яқин ирсий касалликлар маълум. Ирсий касалликларнинг ҳосил бўлиш жараёнлари атрофлича ўрганилиб, уларнинг юзага чиқишида фақат генотип эмас, муҳитнинг роли ҳам катта эканлиги кўрсатилади . Кейинги маълумотларга қараганда ер юзида 4-5% болалар ирсий касаллик билан туғилади.

Болалар ўлимининг 10-20% ирсий касаллик туфайли содир бўлади. Касалхоналардаги 25-30% жойлар ирсий касалликка мубтало бўлган болалар билан банд. Биргина Даун синдромига эга бўлган хасталикларни боқишга кетган харажат бутун дунё грипп касаллигига қарши курашга сарф қилинган маблағга тенг.

Ирсий касалликлар деярли барча аъзолар бўйича учрайди. Масалан тери касалликларидан 250 тадан ортиғи асаб касалликларидан 200дан кўпи ирсий хисобланади. Ахоли орасида хромосома касалликлари 2-3 % ни ген касалликлари 8-10% ташкил қилади. Одам генетикаси олдида ирсий касалликларни ўрганиш ва уларнинг олдини олиш борасида кўп муаммолар турибди. Бу муаммоларни ечишда катта-катта қийинчиликларга дуч келинмоқда. Асосий қийинчиликлар қуйидагилардир: 1.Генетик тадқиқотлар учун кузатувчи никохни ўзи белгиламайди. 2. Суний равишда мутациялар олиш мумкин эмас. 3.Одам балоғат ёшига кеч ётилади. 4. Одам кам авлод қолдиради. 5. Ҳар хил никохлардан туғилган авлодларнинг ўсишида бир хил шароит яратилмайди. 6. Шажара тўлиқ тузилмаганлиги учун ирсий касалликлар ҳисобга олинмайди. 7. Хромосомалар сонининг нисбатан кўплиги (2n-46) ва уларнинг бир-биридан ажратишнинг мураккаблиги. Лекин бу ноқулайликларга қарамасдан ҳозирги кунда одам генетикаси ўзининг классик ва замонавий яъни молекуляр генетик усуллари ёрдамида мухим масалаларни хал қилмоқда.

Одатда генотипнинг ўзгариши билан юзага чиқадиган касалликларни ирсий касалликлар дейилади. Лекин айрим адабиётларда ирсий касаллик деб наслдан наслга ўтадиган касалликга айтилади дейилган бу эса нотўғри тушинчадир. Чунки ирсий касалликларнинг барчаси ҳам наслдан-наслга ўтавермайди. Сабаб ирсий касаллиги бор индивид жуда эрта ҳалок бўлади, ёки насл қолдириш қобилиятига эга бўлмайди.

Ирсий касалликлар сони йилдан-йилга кўпаймоқда. Бунга сабаб биринчидан ирсий касалликларни аниқловчи усулларнинг такомиллашиши бўлса, икинчидан атроф-мухитнинг мутаген омиллар билан ифлосланишидир учунчидан хозирги кунда одам генетикаси бўйича мутахасислар сони кўпайди. Маълумотларга қараганда ҳар бир одамда келажакда мутацияга ўчриши мумкин бўлган 5-10 та генлар бўлади. Ирсий касалликларнинг бошқа касалликлардан фарқи шундаки, уларнинг содир бўлиши узоқ давом этади. Ирсий касалликлар морфологик белгиларнинг (қуён лаб, бўри танглай, калта бармоқлик, олтибармоқлик), физиологик жараёнларнинг (қоннинг ивимаслиги, рангларни ажрата олмаслик), биокимёвий жараёнларнинг (маълум бир ферментнинг бўлмаслиги) бузилиши билан содир бўлади.

Маълумки организмдаги барча биологик жараёнлар 4 система орқали бажарилиб туради (нерв, гуморал, иммун ва генетик). Хозирги кунда организмдаги жараённи бошқаришда нерв, гуморал, иммун системасининг роли яхши ўрганилган. Лекин организмдаги нормал ва потологик жараёнларнинг генетик бошқарилиши яхши ўрганилган эмас бу сохада изланишлар ва ишлар энди йўлга қўйилаётибди. Маълумки генетик бошқарилиш хромосомада жойлашган генлар орқали амалга оширилади. Одамнинг 46 та хромосомасида 5 млнга яқин ген борлиги тахмин қилинади.

Ген касаликлари ген мутациялари натижасида битта ёки бир нечта геннинг ўзгариши билан юзага чиқади. Битта геннинг ўзгариши натижасида келиб чиқадиган касалликларни моноген касалликлар, бир нечта генларнинг ўзгаришидан келиб чиқадиган касалликларни эса полиген касалликлар дейилади. Ген касалликлари бўлган кишиларнинг барчасида моддалар алмашинувининг бзилиши кузатилади.

Одатда битта ген битта белгининг ривожланишига жавоб беради. Кейинчалик маълум бўлдики битта ген бир нечта белгини юзага чиқариши мумкин. 1. Масалан ўроқсимон камқонлик касаллигида битта ген бир вақтнинг ўзида эритроцитнинг шаклини белгилаб ва гемоглабиннинг кимёвий тузилишини бошқариб туради. 2.Битта белги иккита ген иштирокида ҳам юзага чиқиши мумкин. Нормал эшитиш иккита геннинг назоратида юзага келади, биринчи ген эшитиш нервининг нормал ривожланишини таъминласа иккинчи ген ўрта қулоқ суякчаларининг шакилланишининг нормада ривожланишини бошқариб туради.

3. Марфан синдромида ҳам битта ген иккита белгини юзага чиқаради яъни бу касалликда бармоқлар узун бўлади ва кўз гавхарининг тузилиши ўзгаради.

4.Айрим холларда ген белгини юзага чиқармаслиги мумкин лекин у ишлаб турган генга таъсир кўрсатиб унинг функциясини кучайтириш ёки сусайтириш мумкин. Бундай генни модификатор гени дейилади.

Ер юзида 7 млд.дан кўп одам яшайди уларнинг барчасида бир хил генлар учрайди. Яъни генетик таркибий жихатдан бир хил уларнинг барчасида 99,9% ДНК ўхшаш фақат 0,1% ДНКси билан кишилар бир-биридан фарқ қиладилар. Хозирги кунда молекуляр генетиканинг замонавий усуллари ёрдамида ушбу 0,1%.ДНК фарқини топиб хар бир кишининг шахси аниқланади.

5.Битта ген мутаген таъсирида ўзгариб ўзига яқин бўлган генларни ёки полимер генларни ҳосил қилиши мумкин. Бу генлар бир оилага кириб хар хил белгини юзага чиқаради . Ушбу генлардан қайси бири кишида учрашига қараб ўзига хос белги юзага келади яъни генетик полиморфизм кузатади. Асаб, юрак қон томир, тери эндокрин, рухий, харакат, таянчлар касалликларида генларнинг полиморф холатда бўлиши кўплаб учрайди ва турли хил оғирликдаги касалликларнинг юзага келишига олиб келади.

Ирсий каслликларга дучор бўлган кишилар сонини камайтириш мақсадида тиббий-генетик маслахатлар уюштирилган. Генетикадан уюштириладиган маслахатлар ахолига кўрсатилган тиббий ёрдамдан биридир. Тиббий генетик маслахатни иложи борича кўпроқ ўтказиш керак. Шу вақт ичида шифокор генетик хавфнинг қандайлигини тушунтиришга эришади ва ота-онада аниқ бир фикр пайдо бўлади.

Шундай қилиб одамларнинг генотипи хар хил бўлиб мехнат фаолияти, келажакка интилиши ҳам хар хилдир. Улардаги келажакка интилиш каби кўпгина ижобий фаолиятлар юзага чиқмасдан келмоқда бу эса жамият учун катта йўқотишдир. Талантли кишиларни топиш ва уларни келажак сари илдам қадамлар билан харакатланишига йўл йўриқлар кўрсатиш генетиканинг асосий вазифаларидандир.

МЕНИНГ ЖАМОАМ – МЕНИНГ ФАХРИМ!

Хомидов И.И.
Андижон давлат тиббиёт институти

Шифокор бўлишни, хирург бўлишни орзу қиладиган ёшларни кўп учратамиз. Мактабда ўқиб юрган кезларимизда “Ким бўлмоқчиман” мавзусида иншо ёзмаган ўқувчи бўлмаса керак. Ана шундай беғубор дамларда кўпчилик шифокор бўлишни орзу қилади. Кимлардир бу касбнинг шарафли эканлигини тушунган ҳолда, кимдир бу касб эгаларининг озода юриш-туришларига ҳавас қилиб, кимлардир бошқа сабабга кўра орзу қилади. Баъзан ўзлари етиша олмаган орзуларига фарзандларининг етишиларини жуда исташлари тўғрисида катталарнинг сўҳбатидан зшитиб қоламиз. Демак, оқ халат кийган шифокорларга жамиятимизда кўп инсонлар ана шундай ҳавас кўзи билан қарайдилар. Энди ўйлаб кўринг, инсонларнинг ана шундай эътиборига лойиқ бўлган мутахасисларни тайёрлашда ўз ҳиссасини қўшган тиббиёт институти педагоги, ўқитувчиси бўлиш қанчалик фахр ва ифтихор туйғусини уйғотмайди дейсиз.

Мен Андижон давлат тиббиёт институтига ишга келганимда кафедра анчагина катта, анча кўп педагоглар фаолият олиб борар эдилар. Кимё, биокимё ва биофизика фанлари бирлаштирган катта жамоа эди. Улардан кўпроқ нарсани, дарс ўтиш, маъруза ўқишдан то ўзини тутишгача бўлган кўникмаларни ўрганиш менинг асосий ташвишим, асосий мақсадим эди. Йиллар ўтди, кафедралар ажралди, яна бирлашди, лекин кимёгарлар, кимё фани ва кимё кафедрасининг нуфузи юқорилигича қолаверди. Марҳум узтозлар профессор Абдунаби Каримович, доцентлар Рахмон Турғунович, Эркин Ахмедович, Мадамин Мирзажоновичлардан кўп нарса ўрганишга эришдик. Уларнинг кафедра ва институт равнақи йўлидаги меҳнатлари беқиёс.

Институт жамоат ишларида: педиатрия факультетида декан муовини лавозимида ишлар эканман, институтимизнинг барча кафедраларидаги ўқитувчи-педагоглар билан яқиндан танишишга, улар билан ҳамоҳанг меҳнат қилишга эришдим. Институт қошиидаги 2-сон академик лицейда директор бўлиб ишлар эканман ёшлар тарбияси, жамоа билан ишлаш кўникмаси, меъёрий хужжатларни юритиш борасида институт ректорлари профессор Хўжамбердиев Мамазоир Ахмедович, Шодмонов Алишер Қаюмович, ўша пайтда проректор бўлиб ишлаган ҳозирги ректоримиз Мадазимов Алишер Мўминовичлардан кўп маслаҳатлар олиб, уларнинг иш услубларидан унумли фойдаланишга интилдим.

Устозларимиздан бири айтган эди: “Уйдан ишга очиқ чеҳра билан, чин дилдан отланиш, ишдан сўнг уйга шошиб талпиниш – шу бахтку ахир”. Кимё кафедраси ва умуман Андижон давлат тиббиёт институти жамоаси ана шундай интилиб ишга келадиган жамоа. Бу жамоада ишлаётган ҳар бир педагог фахрланса арзийди.

ОҚ КАЛАМУШ ОШҚОЗОНИ МОРФОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ИЛК ПОСТНАТАЛ ДАВРДАГИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Худойбердиев Д.К.,Тешаев Ш.Ж.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги.Замонавий морфология-амалий соғлиқни сақлаш билан узвий боғлиқ бўлган ҳужайра, тўқима, орган ва одам организмининг биологик ташкил топиши ҳақидаги фан бўлибгина қолмай, клиник тиббиётда муаммоларни ҳал қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг шиллиқ қавати бир томондан, ташқи муҳитнинг турли хил моддаларини танага киришига тўсқинлик қиладиган барер бўлса, бошқа томондан, организмнинг ташқи ва ички муҳити ўртасидаги метаболик жараёнларда фаол иштирок этади. Ошқозонга тушган майдаланган ва қисман эзилган озиқ махсулотлари билан бевосита алоқаси туфайли ошқозон шиллиқ қавати доимо "нормал" ва потенциал хавфли антигенларга тўқнаш келади.

Ошқозон шиллик кавати эпителийсининг ўзига хос хусусияти унинг без табиатига эга бўлиб, барча қопловчи эпителий ҳужайралари сингари доимий равишда шиллиқ табиатли секрет ажратади. Ошқозоннинг қопловчи эпителийсининг махсулоти шиллиқ парда устида мукоид парда ҳосил қилиб, уни ошқозон ширасининг таъсиридан ва дағал овқат парчаларининг шикастланишидан асрайди.

Оқ каламушлар билан олиб борилган кўплаб экспериментал тажрибаларда дори моддалари тўғридан-тўғри ошқозонга юбориб ўрганилган, аммо каламушларнинг овқат ҳазм қилиш тизимининг марказий аъзоси бўлган ошқозон анатомоморфологик тузилишида қандай ўзгаришлар бўлиши тўлиқ ўрганилмаган.

Ҳозирги кунда ахоли орасида турли хил қаттиқ ва қуруқ озиқ-овқатларни моддаларнинг истеъмоли ошиб бормоқда, бу эса ошқозонга, унинг шиллиқ қаватига, шиллиқ ости асосига, мушак қаватига таъсирини ўрганиш кераклигини кўрсатади.

Ошқозон-ичак касалликлари кенг тарқалган касалликлар туркумига кирган бўлиб, охирги ўн йилликда бир неча марта ўсиши кузатиляпти. Кейинги пайтларда ушбу кассалликни аниклаш ва даволаш

борасида турли татқиқотлар олиб борилишига қарамасдан ошқозон ичак патологияси мавзуси долзарблигича сакланиб қолмоқда.

Максад. Оқ каламуш ошқозонинг кардиал ва 12 бармоқли ичакка ўтиш қисмидаги морфометрик параметрларининг илк постнатал даврдаги ўзига хос хусусиятларини ўрганиш

Материал ва услублар. Тадқиқотлар 20 та янги туғилган ва 18 та бир ойлик оқ каламуш болаларида олиб борилди. Каламушлар эфир наркози остида декапитация қилиниб, қорин бўшлиғи очилди ва ошқозоннинг макроанатомияси, склетотопия ва синтопияси ўрганилди. Макроанатомия ўрганилгач, ошқозон кейинги текширишлар учун ажратиб олинди. Ажратиб олинган ошқозоннинг анатомик кўрсаткичлари штангенциркул ёрдамида ўлчанди. Математик ишлов “Excel 7.0” дастурида амалга оширилди ва репрезентатив хатоликлар кўрсаткичлари аниқланди.

Тадқиқот натижалари.Ўрганилган оқ каламушларда ошқозоннинг юқориги (устки орқа) девори ўнг томондан оч ва ёнбош ичак қовузлоқларига, чапдан эса чап буйрак усти бези ва чап буйракка тегиб туради. Ошқозон чап буйрак усти безининг пастки юзасининг юқори 2/3 ва чап буйракнинг юқори учи (олд учи) ни ёпиб туради. Ошқозоннинг чап ярми юмалоқ бўлиб, асосан диафрагма остида жойлашган, чапдан талоққа тегиб туради. Ошқозоннинг ўнг ярми торайиб бориб, ундан 12-бармокли ичак бошланади. Ошқозон ўнг ярмига ташқи томондан 12-бармоқли ичак тегиб турса, қолган қисми жигарнинг вицерал юзаси остида ётади ва жигар дарвозасининг ўнг чегарасигача боради.

Ошқозоннинг кичик эгрилиги унинг олд томонида кўндаланг жойлашган бўлиб, орган тўлганда қийшайиб жойлашиши кузатилади. Ошқозоннинг кичик эгрилигида қизилўнгач билан қўшилган жойи мавжуд бўлиб, у топографо анатомик аниқ бир соҳада, яъни ошқозон кичик эгрилигини ўрта кисмида ошқозон билан бирикади.

Ошқозоннинг катта эгрилиги органнинг орқа томонида жойлашган бўлиб, кўпчилик ҳолларда кўндаланг жойлашади.

Қорин бўшлиғи аъзоларидан ошқозонга томон қуйидаги бойламлар тортилган: Ошқозон-талоқ бойлами: -талоқдан ошқозоннинг катта эгрилигига; Диафрагма-ошқозон бойлами: -диафрагмадан ошқозоннинг катта эгрилигинингчаптомонига; Жигар-ошқозон бойлами: -жигар дарвозасидан ошқозоннинг кичик эгрилигига; Ошқозон-чамбар ичак бойлами: -ошқозоннинг катта эгрилигидан кўндаланг чамбар ичакка қадар.

Бир ойликкача бўлган оқ каламушларда ошқозон деворининг қаватма-қават тузилиши таҳлили қуйидагича: ошқозон шиллиқ қаватининг қизилўнгач қисмида уч қатор ҳужайралар бўлиб, улар кўп қаватли кератинли эпителийни ҳосил қилади. Базал қаторда ҳужайраларнинг шакли овал кўринишда бўлиб, ўрта ва юқори қават хужайраларига нисбатан кичикроқ ўлчамда, ядроси ҳужайра марказида жойлашган. Ўрта ва юқори қаторлардаги ҳужайралар базал қатор ҳужайралардан фарқли ўлароқ, ядролари эксцентрик, кўпроқ ҳужайралар ён қисмида жойлашган. Ҳужайраларнинг апикал қисмида секретор гранулалари мавжуд. Юқори қаторда жойлашган ҳужайралар кутикула билан қопланган.

Янги туғилган хамда ўттиз кунлик оқ каламушлар ошқозон деворининг умумий қалинлиги қизилўнгачни ошқозонга ўтиш жойида (кардиал бўлими) қисмида - 3,5 баробарга, мушак қавати - 2,9 баробарга, шиллиқ парда қалинлиги - 5,3 баробарга, шиллиқ ости асоси эса - 2,4 баробарга ошган. Унинг чиқиш (ичак бўлими) қисмида ошқозон деворининг умумий қалинлиги - 1,8 баробарга, мушак қавати - 1,3 баробарга, шиллиқ парда қалинлиги - 2,1 баробарга, шиллиқ ости асоси эса - 1,3 баробарга ошган.

Янги туғилган оқ каламушлар ошқозони шиллиқ қаватида махсус безлар жойлашган бўлиб, улар оддий найли, тармоқланмаган. Без аппарати асосан ошқозоннинг кичик ва катта эгриликлари ва пилорик қисмида жойлашади.

Безлар шиллиқ қаватнинг хусусий пластинкасида жойлашган ва улар бир-биридан бириктирувчи тўқимали нозик парда билан ажралиб туради. Безларда асосий қисм (пастки ва танаси) ва чиқариш найлари (бўйинчаси) фарқланади. Ошқозоннинг катта эгрилигида жойлашган безларининг пастки диаметри 18,6 дан 23,1 мкм гача, пилорик каналдаги безларнинг пастки диаметри 22,2 дан 23,9 мкм гача ўзгариб туради. Бир ойлик даврда эса безларнинг пастки диаметри 2,3-3 мартагача катталашади.

Шиллиқ ости асоси толали бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб, ошқозоннинг қизилўнгач қисмида жойлашган коллаген толалалари ингичка ва сийракроқ, ошқозоннинг ичакка ўтиш қисмида эса қалинроқ тутамлар ҳосил қилиб турлича йўналган бўлади.

Ошқозоннинг мушак қавати айлана ва бўйлама қаватлардан ташкил топган бўлиб, бўйлама қават айлана қаватга нисбатан қалинроқ.

Бир ойлик даврда ошқозоннинг қизилўнгач бўлимида 3 марта, 12 бармоқли ичак бўлимида эса бор йўғи 1,3 марта ошиши, бу даврда ҳали ошқозон асосан резервуар вазифасини бажараётганидан дарак беради.

Хулоса. Янги туғилган хамда ўттиз кунлик оқ каламушларда олиб борган илмий тадқиқотимизда, оқ каламушлар ошқозон деворининг умумий қалинлигида кардиал ҳамда пилорик қисмида ўзаро мутаносибликда ошиб боради.Оқ каламушларнинг бир ойлик даврига келиб ошқозон деворининг шиллиқ ва шиллиқ ости асоси яхши ривожланганлиги, уларнинг аралаш озиқланишга ўтганлигидан дарак беради.

ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОСНОВНЫХ ЭКСТРАГЕНИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины».
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Одним из приоритетных направлений деятельности нашего государства в области здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка, в том числе оздоровления женщин фертильного возраста и беременных в рамках государственных программ «За здоровое население» и «Охрана материнства и детства».

Целью исследования явилось изучить связь распространенности экстра генитальных заболеваний и их факторов риска с дисбалансом содержания в крови макроэлементов - дизионией, а также частоту экстра генитальных заболеваний среди женщин Ферганской долины в возрасте 15-49 лет.

Материалы и методы. Для изучения распространенности экстра генитальных заболеваний и их связи с дизионией проведено одномоментное эпидемиологическое исследование в репрезентативной группе женщин 15-49 лет с численностью 1087 человек. Связь дизионии нарушение микроэлементного статуса в сторону уменьшения или увеличения в сыворотке крови с распространенностью экстра генитальных заболеваний и их факторы риска измерялась и оценивалась по методике Раузова Н.Н.

Результаты и обсуждение. Распространенность дизионии среди всех обследованных женщин 15-49 лет составляет 21,8%. Наиболее высокий уровень частоты дизионии обусловлен кальциодизионией (30,0%), фосфороднзионией (29,7%), хлородизионней (23,3%), магнодизиониёй (18,8%) и ферродизиоиием (18,6%). Сравнительно реже выявляются натриодизиония (15,8%) и калип дизиония (16,1%). В целом частота нарушений микроэлементного статуса варьировала от 15,8% до 30,0% среди популяции.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой информативности дизионии наряду с другими факторами риска в развитии экстра генитальных заболеваний среди населений Ферганской долины. Среди обследованных женщин 15-49 лет распространенность основных экстра генитальных заболеваний составляет 50,7%. Наибольшую частоту выявления имеют болезни желез внутренней секреции (18,2%), сердечно-сосудистые заболевания (17,7%) и болезни органов пищеварения (7,5%). Сравнительно редко встречаются болезни мочевыделительной системы (4,7%), хронические обструктивные заболевания легких (4,2%) и хронические гематологические заболевания (1,6%). Распространенность экстра генитальных заболеваний увеличивается с возрастом. Частота болезни органов пищеварения возрастает от 4,7% в 15-19 лет до 11,6% в 40-49 лет ($p<0,01$). Число женщин с хронические обструктивные заболевания легких особенно много в возрасте 40-49 лет (21,6%).

Выводы. Результаты показали важное значение дизионии в развитии и распространенности экстра генитальных заболеваний среди женщин фертильного возраста.

ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины».
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время укрепление здоровья населения как политическое и стратегическое направление в здравоохранении в прогрессивно развивающемся обществе получает все большее признание.

Целью нашего исследования явилось изучение связи распространенности сердечно - сосудистых заболеваний и их факторов риска с дисбалансом содержания в крови макроэлементов-дизионией среди населения Ферганской долины.

Материалы и методы. Для изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и их связи с дизионией проведено одномоментное эпидемиологическое исследование. Проводились следующие методы: опрос по специальной «Анкете по комплексному изучению и выявлению сердечно- сосудистых заболеваний среди населения»: измерение артериального давления, антропометрия, электрокардиография, флюорография, биохимические исследования по определению микроэлементов в крови на абсорбционных сфектрофотометрах типа AAS-3 и AAS-1. Связь дизионии нарушение микроэлементного статуса в сторону уменьшения или увеличения в сыворотке крови с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний измерялась и оценивалась по методике Раузова Н.Н.

Результаты и обсуждение. Из факторов, способствующих формированию сердечно-сосудистых заболеваний, можно выделить дисбалансы кальция, магния, фосфора, калия и железа в крови обследованных людей.

Анализ данного материала выявил наличие статистической достоверной связи дизионии с указанными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. С помощью параметрических статистических методов анализа (критерии Стьюдента, дисперсионный анализ, линейная регрессия, корреляция) произведен расчет относительного риска наличия сердечно-сосудистых заболеваний и связи с некоторыми факторами риска.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой информативности дизионии наряду с другими факторами риска в развитии сердечно - сосудистых заболеваний населения Ферганской долины. Это означает, что наряду с другими факторами риска следует учитывать состояние микроэлементного статуса крови при организации лечебно-профилактических мероприятий среди населения, также результаты исследования могут быть включены в основу разработки региональной программы профилактики и лечения сердечно - сосудистых заболевании в регионе Ферганской долины.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют об истинной распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей Ферганской долины.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАРДИАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ РАБОТАЮЩЕЙ В АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИИ

Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков
Кафедра «Патологической анатомии и судебной медицины».
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Среди сердечно - сосудистых заболеваний наиболее распространенным является острая ишемическая болезнь сердца, приводящая к преждевременной инвалидности и сокращению продолжительности жизни.

Цель исследования. Изучение эпидемиологических условий формирования основных кардиальных патологий у популяции автомобиле-прозводителей г.Андижан.

Материалы и методы. Методом сплошного эпидобследования было обследовано 400 человека, работающих на СП «Уз ТОНГ ХОНГ Ко» Андижана. Возраст обследованных колебался от 20 до 49 лет.

Результаты. У работников СП «Уз ТОНГ ХОНГ Ко» имеются следующие показатели факторов риска: шум-100%; пыль-100%; контакт с химическими соединениями-60,3%; употребление алкоголя-31,6 %; курение-62,8 %. Низкая физическая активность-17,7%; тяжёлый физический труд-64,4%; АГ-19,8%. Они способствовали на развитие сердечно - сосудистых заболеваний.

При судебно-медицинской экспертизы выявлено стенозы коронарных сосудов на ½ - 1/3 части наблюдались у 70% больных с ВКС. Наиболее часто стенозы (3/4 случаях) наблюдалось в нескольких коронарных артериях, меньше в одном коронарном артерии (1/4 случаях). В 1 случаях отмечено первичные инфаркты миокарда с тромбозом коронарных сосудов. Более тяжелое поражение коронарных артерий у лиц с высоким уровнем холестерина в крови и артериальной гипертензией (стенозы сосудов на ¾ просвета. При аутопсии они проявлялись - стенозирующим атеросклерозом венечных артерий сердца, тромбозом венечных артерий, гипертрофией сердца с дилатацией полости левого желудочка, инфарктом миокарда, контрактурой повреждённых кардиомиоцитов. При гистологическом исследовании отмечено гиперконтрактильном положении групп кардиомиоцитов, их коагуляционный некроз, до 80% случаев дегенерация, извитость и волнистость и фуксинофилия кардиомиоцитов.

Выводы. Практически 100% рабочие автомобиле- производителей нуждаются в первичной и вторичной профилактике. Считается целесообразным существование специальных профилактических программ по сердечно - сосудистым заболеваниям в поддержке рабочих автомобильного производства.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Шадиев. Б.У.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность проблемы лечения диафизарных переломов плечевой кости связано со сложностью повреждений, которые встречается довольно часто и в среднем составляют 22,2-60,1% от всех повреждений плечевой кости и 4-18% случаев от всех переломов длинных трубчатых костей конечности.

Переломы диафиза плечевой кости, осложненные повреждением лучевого нерва, встречаются в 9-13%

Материалы и методы. Данное исследование проведено с **целью** изучения возникновения различных осложнений при диафизарных переломах плечевой кости в результате анализа 167 больных, находившихся на лечении в клинике УзНИИТО. Несмотря на наличие большого количества методов лечения диафизарных переломов плечевой кости, все эти методы имеют ряд осложнений.

Результаты и обсуждение. КДО перед другими методами является стабильным остеосинтезом, но у него также есть и недостатки, в частности - воспаление мягких тканей в области спиц привело к раннему снятию аппарата у 8 больных. Не своевременное купирование воспалительного процесса приводит к спицевому остеомиелиту 4%. Довольно часто при аппаратных методах лечения имеют место прорезивание спицами натянутой кожи и подлежащих мягких тканей. Нередко возникает необходимость в перепроведении спиц. По литературным данным, при использовании метода внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза возможны такие осложнения как: реакция организма на металл, развитие аллергического дерматита в области прохождения спиц. Одним из «грозных» осложнений являются повреждения сосудов и нервов при проведении спиц.

При открытой репозиции костных отломков с фиксацией пластинами, шурупами, штифтами, проволокой и т.д., часто возникают такие осложнения как воспалительные процессы мягких тканей, металлоз, остеомиелит. Из-за длительной фиксации конечности гипсовой повязкой отмечаются стойкие контрактуры суставов.

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

Выводы. Метод погружного остеосинтеза требует тщательного соблюдения техники операции и правильного выбора фиксаторов, при несоблюдении этого возникает необходимость наложения гипсовой повязки с целью создания дополнительной иммобилизации при недостаточной фиксации методом погружного остеосинтеза.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шадиев Б.У.
НИИ травматологии и ортопедии МЗ Республики Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность. Лечение больных с диафизарными переломами бедренной кости является одной из наиболее актуальных проблем современной травматологии. Именно для данной многочисленной категории больных характерны особая тяжесть поражения, трудности в лечении и, как следствие, наиболее значимые для личности и общества потери. Перманентный рост травматизма, обусловленный увеличением интенсивности технологических процессов на производстве, насыщением жизненного пространства человека транспортом и глобальным изменением демографии в виде старения населения, постоянно усугубляет проблему.

Известно, что необходимым условием успешного сращения переломов являются точное сопоставление и прочная фиксация костных отломков. Высокие показатели инвалидности и летальности, варьирующие от 20 до 50%, во многом зависят от поздней стабилизации переломов, в первую очередь бедренной кости. Без стабилизации отломков бедренной кости невозможно предупредить вторичную травматизацию тканей, жировую эмболию, сложно эффективно лечить сочетанные травмы, так как нельзя придать возвышенное положение верхней половине тела, производить полноценную интенсивную терапию.

Материалы и методы. В отделении компрессионно-дистракционного остеосинтеза НИИТО МЗ Республики Узбекистан прооперировано 104 пациента с диафизарными переломами бедренной кости в возрасте от 15 до 68 лет. Из них пациенты до 30 лет-43, от 30 до 40 лет-24, высшее 40 лет-37, 78 мужчины, 26 женщины, с переломами верхней трети-17, средней трети-67, нижней трети-20.

Результаты и обсуждение. При лечении пациентов применялось остеосинтез интрамедулярным штифтом у 39, фиксация интрамедулярным штифтом и серкляжными швами у 49, остеосинтез накостными пластинками у 16 пациентов.

Таким образом, при лечении пострадавших с диафизарными переломами бедренной кости основная цель лечения должна заключаться в сохранении жизни, но в максимально короткие сроки производить операции по стабилизации костных отломков. Ранняя стабилизация перелома предупреждает развитие жировой эмболии, дает возможность проводить полноценную интенсивную терапию, устраняет патологическую афферентацию с зоны перелома.

Выводы. Для остеосинтеза диафизарных переломов бедренной кости следует применять стержни, пластины и аппараты внешней фиксации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ АТЕРОСКЛЕРОЗДА ЛАДИГИНОЗИДНИ ҚУЁНЛАР ГЕПАТОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Шакиров С., Маматалиева М.А. Маматалиев А.Р.
Андижон давлат тиббиёт институти

Атеросклероз профилактикаси ва даволашда ўсимликлардан олинган моддаларни қўлланиши унинг асоратларини камайтириши мумкин. Ладигинозид Ўз.Р ФА - сининг ўсимликлар кимёси институтини гликозидлар лабораториясида Ladigina bucharica (Lipsky) ўсимлиги илдизидан олинган.

Ишнинг мақсади экспериментал атеросклероз шароитида ладигинозидни жигарнинг морфофункционал ҳолатига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари: Тажриба 46 та вазни 2,0 – 3,0 кг бўлган эркак қуёнларда бажарилди. 1– серияда (30 – та) қуёнларга ҳар куни 0,3 г/кг вазнида холестерин сабзоват билан ва бир соатдан сўнг ладигинозид 10 мг/кг вазнида берилиб, тажрибани 30 - кунига (10 - та), 60 кунига (10 - та) ва 90 кунига (10 - та) бўлинди. Тажрибани бу гуруҳлари учун синов бўлиб, 30, 60 ва 90 кун давомида холестерин (0,3 г/кг вазнида) олган 16та қуёнлар бўлди.

Жигардаги морфологик ўзгаришлар тажрибани 31, 61 ва 91 кунларида ҳисобга олинди. Жигар бўлагини кесими гематоксилин – эозин бўёғи бўйича бўялди.

Морфофункционал ҳолатни ўрганишда гепатоцитларни ва ядросини ҳажми (мкм^3-да) ва икки ядроли гепатоцитларни нисбий миқдори (%) га эътибор қаратилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили: Тадқиқот мобайнида холестерин олган гуруҳларга нисбатан холестерин ва ладигинозид олган гуруҳларда 60 ва 90 - кунларда марказий вена атрофидаги гепатоцитларда ҳажми ортди, ядроларни синфларга тақсимланиши - кичик ўлчамдаги ядролар синфи томонига силжиди, икки ядроли гепатоцитлар миқдори ортди (90 кунларида эса ушбу кўрсаткичлар 1-гурухга нисбатан пасайди), триада атрофида эса бу кўрсаткичлар 60 кунида контролдан юқори, 30 ва 90 кунларида эса контролга яқин натижалар билан намоён бўлди, полисахаридлар миқдори ортди. Аортада липид доғлар ва фиброз пилакчалар билан шикастланиш фоизлари камайди.

«Холестеринли зўриқиш» бу кўрсаткичларда даврий ўзгаришларга сабаб бўлди: у кузатувнинг биринчи 30 - кунида фаоллашди, 60 кунида пасайди, кузатувни 90 - кунида эса жигарда ёғли дистрофияси ривожланиши билан намоён бўлди.

Дисперсион таҳлилда холестерин ва ладигинозид олган гуруҳларда аортанинг шикастланиши камроқ даражада бўлди, унга препаратни бериш муддати, уларнинг биргаликдаги таъсири (градациялар бирлиги) ва ҳамма уюштирилган омиллар (препарат+муддат+уларнинг бирлиги) таъсир кўрсатди. Биз кузатган жигардаги бу гистохимик ва морфометрик ўзгаришлар қалқонсимон безда, аденогипофизда кузатилган морфометрик ижобий ўзгаришлар билан параллел кечди.

Хулоса: Жигар бўлаги маркази ва перифериясидаги гепатоцитларнинг ядро ҳажми ва икки ядроли гепатоцитлари миқдори кўрсаткичлари ўзаро яқин, бир хил типдаги ўзгаришлар билан намоён бўлиши, ладигинозиднинг гепатоцитларга коррекцияловчи таъсиридан далолат беради.

АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАКРО И МИКРОСТРУКТУРЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Шакиров С., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Значительную роль в патогенезе ИБС, развитии её осложнений и возможных исходов играет нейрогуморальная регуляция. Большое значение в течении ИБС имеет функциональное состояние щитовидной железы. В ряде исследований доказана роль манифестного гипотиреоза и субклинического гипотиреоза как независимого и существенного фактора риска развития острых форм ИБС, значимость которого не уступает сахарному диабету, гипертензии, курению и ожирению.

Материал и методы исследования. Для изучения морфогенеза атеросклероза венечных артерий отобрано 80 наблюдений у практически здоровых лиц скончавшихся от случайных причин и имевших нормальную гистоструктуру щитовидной железы для района зобной эндемии Ферганской долины. Изучались сосуды умерших в возрасте старше 30 лет. В возрасте 30 – 39 лет – 38 наблюдений, в возрасте 40 – 49 лет – 27, в возрасте 50- 59 лет – 10, в возрасте 60 лет и старше 5 наблюдений.

Патологическая анатомия коронарного атеросклероза изучена по степени выраженности общей площади атеросклероза. Результаты морфометрических изучений коронарного атеросклероза в каждой возрастной группе сопоставлялись с макро – и микроскопическими изменениями щитовидной железы.

Результаты исследования. Анализ планиметрических исследований показал, что динамика атеросклеротического процесса в правой венечной артерии повторяет общию закономерност, установленных для нисходящей ветви левой венечной артерии, однако отличалась – от неё некоторыми

своеобразностью. Так, в 3-ем десятилетии при первой и второй стадии атеросклеротические поражения достигли значения 1+0,2%. В 4-ом десятилетии атеросклеротический показатель достиг значения - 9,9 + 1,6 %. В 5-ом десятилетии площадь поражения увеличилось в 1,3 раза и атеросклеротический показатель достиг 13,1 + 3,5% . В 6-ом десятилетии и старше площадь поражения увеличилась в 2,6 раза и атеросклеротический показатель достиг значения 34,4 + 10,1 % .

Выводы. Таким образом в правой венечной артерии с возрастом выявляется непрерывное прогрессирование атеросклероза, однако темпы его прироста неодинаковы в каждом десятилетии. Так, в 4-ом десятилетии площадь поражения интимы атеросклерозом увеличилась почти в 10 раз, в последующие десятилетия темпы прироста площади поражения несколько спали и достигли 1,3 в 5-ом десятилетии и 2, 6 в возрасте свыше 60 лет.

ОҚ КАЛАМУШЛАР ЖИГАРИНИНГ АНАТОМИК ВА ГИСТОЛОГИК ТУЗУЛИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Б.Т.Шаробидинов, Х.М.Алиев

Оқ каламушлар жигари қорин бўшлиғини ўнг томонида қовурғалар ва диафрагма остида жойлашган. Жигар тўрт бўлакдан иборат. Оқ каламушларнинг ўт пуфаги бўлмайди. Ўт суюқлиги тўғридан-тўғри ўн икки бармоқ ичакка қуйилади. Органнинг катта қисми ўнг қовурға остида жойлашган. Висцерал юзасини марказида жигар дарвозаси жойлашган. Жигар бўлаклари орасидан ўтган кесмалар орқали тўрт бўлакка бўлинади. Ўрта бўлаги – lobus medianus-қолган бўлаклар орасида жойлашган.Ўнг бўлаги ўрта бўлак ва ўн икки бармоқ ичак ўртасида жойлашган. Чап бўлаги қолган бўлаклардан хажми катталиги билан ажралиб туради.Оқ каламуш жигари қорин бўшлиғида бойламлар билан мустахкам фиксацияланган. Шунинг учун жигарни ажратиб олиш қийинчилик туғдиради. Аъзони бутун холда ажратиб олиш учун, аввал бойламлар ва диафрагмадан ажратиб олиш зарур. Акс ҳолда, жигар майда бўлакчаларга бўлиниб кетади. Органнинг катта қисми ўнг қовурға остида жойлашган. Висцерал юзасини марказида жигар дарвозаси жойлашган. Жигар бўлаклари орасидан ўтган кесмалар орқали тўрт бўлакка бўлинади. Ўрта бўлаги – lobus medianus-қолган бўлаклар орсида жойлашган.Ўнг бўлаги ўрта бўлак ва ўн икки бармоқ ичак ўртасида жойлашган. Чап бўлаги қолган бўлаклардан хажми катталиги билан ажралиб туради. Думсимон бўлаги энг кичик бўлаги бўлиб, қизилўнгач атрофида жойлашган. Иннервацияси: n.vagus, n.sympathicus;Қон билан таъминланиши : a.hepatica, v.portae, vv.hepeticae.

Оқ каламушлар жигарининг морфофункционал бирлиги, барча сут эмизувчилар каби – жигар бўлакчаси хисобланади. Жигар бўлакчаси марказида марказий вена жойлашган. Марказий венадан бўлакчалар перифериями томон жигар пластинкалари тармоқланган ва унга синусоид капиллярлар қуйилади. Жигар бўлакчаси шакли олти бурчакли, худди бензол халқасини эслатади. Бўлакчаларнинг олтита қиррасида жигар триадалари жойлашган. Жигар триадаси – артерия, вена ва ўт йўлларидан иборат. Жигар пластинкасида эса жигар хужайралари – гепатоцитлар жойлашган.Гепатоцитлар орасидаги синусоид капиллярлар кенг ва эндотелийси остида базал мембрана тутмайди. Бўлакчалар орасидаги чегерани хосил қилувчи бириктирувчи тўқима умуман кўринмайди, шунинг учун хам бўлакчалар чегараси ноаниқ.

АҲОЛИНИ ТОЗА ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ ВА УНИ ЕЧИШ ЙЎЛЛАРИ

Шерқўзиева Г.Ф.,Бекмуратова С.Б.,Икромова Н
Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги: Марказий Осиёда хавфсизлик ва барқарорликни таъминлаш билан боғлиқ муаммолар тўғрисида сўз борганда минтақанинг умумий сув заҳираларидан оқилона фойдаланиш масаласини четлаб ўтиб бўлмайди. Орол денгизининг суви чорак аср мобайнида 15 мартадан зиёдга камайиб, сув саҳи 29 метрга пасайган, ҳудудда 5.5 миллион гектар тузли қум майдони ҳосил бўлган, оқибатда атроф – муҳит, одамлар ҳаёти ва ҳайвонот оламига мислсиз зиён етмоқда. Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг берган маълумотларига кўра, ер юзидаги аҳолининг 3 млрд. га яқини сифатсиз ичимлик сувидан фойдаланади. Бунинг натижасида аҳоли ўртасида юқумли ва ноюқумли касалликлар тарқалмоқда.Айниқса юқумли касалликлардан қорин тифи, вабо, гепатит А, колиэнтерит, айрим ҳолларда эса сил касалликлари, ринит, Ку- иситмаси эхинококкоз ва бошқалар тарқалиши мумкин. Юқумли бўлмаган касалликларнинг келиб чиқиши сув таркибидаги кимёвий моддаларга боғлиқ бўлиб, макроэлементлар (натрий, калий, кальций ва бошқалар) ва микроэлементларга ҳам боғлиқ. Ҳозирда сув таркибида 65 та микроэлементлар (темир, мис, рух, фтор, йод ва бошқалар) аниқланган. Сув ҳамма озиқ-овқат маҳсулотларининг доимий ва жуда муҳим таркибий қисми ҳисобланади. Ҳайвонот ва ўсимликларнинг янги маҳсулотлари ўзига кўп миқдорда: гўшт- 60-70%, сабзавот ва мевалар 80-90%, картошка 70-80%, сут-87%

сув сақлайди. Пиво, вино, лимонад каби ичимликларда сув 90-95% ва ҳатто ундан кўп бўлади. Шуни қайд этиш керакки, инсон организми ва ҳужайраларида сувнинг сақланиши турлича: 6 ҳафталик одам эмбриони 95%, яъни туғилган гўдакнинг тана оғирлигини 75%, 50 ёшли инсон организмининг 60% сувдан ташкил топган. Инсон организмидаги 70% сув асосан ҳужайра ичида, 30% эса ҳужайралардан ташқарида сақланади. Қон ва лимфа таркибида 7%, тўқималар суюқлигида 23% ни ташкил этади.

Чунки, аҳоли ўртасида турли юқумли ва эндемик касалликларнинг олдини олиш ва экологик барқарорликни таъминлаш мақсадида, ҳамда аҳолини сифатли ва етарли миқдорда тоза ичимлик суви билан таьминлаш соҳасида кучли қонунчилик яратилган. Хусусан "Аҳолининг санитария – эпидемиологик осойишталиги тўғрисида"ги Ўзбекистон Республикасининг қонунида 4 боб 26 моддасида ҳам "Хўжалик ва ичимлик суви билан таьминлашга доир талабларда : Хўжалик ва ичимлик суви билан таьминлаш соҳасида фаолиятни амалга оширувчи юридик шахсларга етказиб берилаётган сувнинг сифати санитария қоидалари, нормалари ва гигиена нормативларга, шунингдек, давлат стандартларига мувофиқлигини таьминлаш шарт". Ўзбекистон Республикасининг "Табиатни муҳофаза қилиш тўғрисидаги" Қонуннинг 19-модда. Сувлар ва сув ҳавзаларидан фойдаланиш шартлари Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги ер усти, ер ости ва денгиз сувларидан зарур миқдордаги сувнинг табиий айланишини сақлаш, унинг нормативда кўрсатилган даражада тозалигини таъминлаш, сув ўсимликлари ва ҳайвонларини асраш, сув ҳавзаларининг ифлосланишига йўл қўймаслик, уларда экология мувозанатини сақлаш ва сув ҳавзасига ландшафт элементи сифатида зиён етказмаслик шарти билан йўл қўйилади.Маҳаллий ҳокимият идоралари, ўрмон ва сув хўжалиги идоралари дарё ирмоқлари ҳосил бўладиган жойларда, сув ҳавзалари соҳили минтақаларида дарахтзорларни тиклашлари ва дов-дарахтни кўпайтиришлари ҳамда уларнинг сақланишини таъминлашлари шарт деб белгилаб қўйилган.

Текширишдан мақсад: Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда биз аҳоли турар жойлари аҳолисини хўжалик ичимлик суви билан таьминланишидаги водопровод сувининг сифат кўрсаткичларини экогигиеник текширдик.

Материал ва усуллар:Аҳоли турар жойларидаги 2017-2019 йиллар динамикасида олинган ичимлик суви намуналари.

Олинган натижалар: 2017 йилги кузатув натижаларида қуйидагилар аниқланди: хлоридларга водопровод сувидан 640 та намуналар олинган бўлиб, улардан 91таси, қудуқлардан эса 148 та намуна олинган улардан барчаси,сульфатларга олинган намуналардан эса 86 таси ,қудуқ суви таркибидаги сульфатларга олинган намуналардаан 86 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган. 2018 йилги кузатув натижаларида қуйидагилар аниқланди: хлоридларга водопровод сувидан 709 та намуналар олинган бўлиб, улардан 63 таси, қудуқлардан эса 148 та намуна сульфатларга эса водопровод сувига олинган намуналардан 63 таси қудуқ суви таркибидаги сульфатлардан 4 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган. 2019 йилги кузатув натижаларида қуйидагилар аниқланди: хлоридларга водопровод сувидан 983 та намуналар олинган бўлиб,улардан 34таси,қудуқлардан эса 278 та намуна олинган улардан 20 таси, сулфатларга олинган намуналардан эса 67 таси қудуқ сувида эса 20 таси гигиеник талабларга жавоб бермаган.

Хулоса: Юқорида олинган натижалар бўйича қуйидагиларни хулоса қилиш мумкин: туман аҳолисига берилаётган хўжалик ичимлик суви Дав СТ 950-2011 "Ичимлик суви" талаблари бўйича сулфатлар ва хлоридлар миқдори бўйича гигиеник талабларга жавоб бермайдига намуналар аниқланди ва бу аҳолининг саломатлигини сақлашда муҳим роль ўйнайди,профилактик чора тадбирлар ишлаб чиқишга илмий асос бўлади.

ASOSIY MIKROELEMENTLARNING YORDAMCHI REPRODUKTIV TEXNOLOGIYALAR SAMARALI NATIJALARINI BASHORATLASHDAGI O'RNI

Shodiev B.V., Rasul-Zade Y.G.
Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, 2-akusherlik va ginekologiya kafedrasi

Shu kunlarda, butun dunyoda juftlarning taxminan 15% bepushtlikdan aziyat chekmoqda, shulardan 55% dan ko'prog'i reproduktiv kasalliklar tufayli kelib chiqadi [1,6]. Bachadon naylari bepushtligi (TB) reproduktiv yoshdagi ayollarning bepushtlikning eng keng tarqalgan sabablaridan biridir. Tubal bepushtlik proksimal, distal yoki butun naychaga ta'sir qilishi mumkin va og'irlik darajasi bilan farq qiladi[2].

Mikroelementlar ayollar organizmi uchun parhez komponentlari sifatida zarur bo'lgan vitaminlar va minerallardir [3]. Mikroelementlar tanani energiya bilan ta'minlamasada, ular katabolik va anabolik jarayonlar uchun zarur va tashqi tomondan albatta kirishi kerak hisoblanadi. Homiladorlik paytida to'g'ri ovqatlanishning ahamiyati allaqachon aniqlangan bo'lib, embrion va bachadon ichi rivojlanishiga ta'sir qiladi va shuning uchun homiladorlik natijalariga ta'sir qiladi [4,5].

Bundan tashqari, bir qator tadqiqotchilar follikulyar suyuqlik va qon tarkibidagi transport oqsillarining ko'paygan yoki kamaygan foizlari ekstrakorporal urug'lantirishning (EKU) salbiy natijalarini bashorat qiluvchi omil deb hisoblashadi.

Tadqiqotning maqsadi tubo-peritoneal bepushtlik bilan kasallangan ayollarda mikroelementlarning EKU dasturi samaradorligini taxmin qilish uchun ahamiyatini o'rganishdir.
Materiallar va tadqiqot usullari. Biz bepushtlik uchun EKU muolajasini o'tkazgan 74 bemorni, ularning 26 tasini bepushtlikning tubal omilini, ba'zi mikroelementlarning etishmovchiligi bilan (asosiy guruh) va 48 tasini - ba'zi mikroelementlarning normal qiymatlari bilan bepushtlikning tubal faktori bilan solishtirdik (taqqoslash guruhi). Tekshiruv va davolash respublikamizning Toshkent shahridagi "Doctor D", "Istanbul Eku Markazi" va "Ankalife" klinikalarida o'tkazildi. IVF dasturi samaradorligiga qarab, har bir guruhda istiqbolli ravishda ikkita kichik guruh tuzildi. 1-chi (asosiy) guruhga tubal faktorli bepushtlik bilan ba'zi mikroelementlar etishmovchiligi bo'lgan 26 nafar bemor kiritilgan, ulardan 7 nafari (26,9%) IVF ijobiy natija bilan va 19 (73%) ayollarda homiladorlik sodir bo'lmagan (exografik tasdiqlangan) . So'ralgan ayollarning yoshi 25 dan 35 yoshgacha. So'ralganlarning o'rtacha yoshi 27,1 ± 2,3 yoshni tashkil etdi. Bepushtlik davomiyligi o'rtacha 5,6 ± 1,3 yilni tashkil etdi. Taqqoslash guruhiga (2-guruh) tubal faktorli bepushtlik bilan (bachadon naychalarining obstruktsiyasi yoki yo'qligi) o'xshash 48 yoshdagi (26 yoshdan 35 yoshgacha) bemorlar kiritilgan. Ularning orasida 17 (35,4%) bemor homilador bo'lib, 31 (64,6%) holat yuzaga kelmagan.

Tibbiy va tayyorgarlik muolajalari tugagandan so'ng, barcha ayollar IVF dasturidan o'tdilar. Ikkala guruhda ham superovulyatsiyani qo'zg'atish uchun standart usul bo'yicha gonadotropinni chiqaradigan gormon antagonistlaridan foydalangan holda "Qisqa-short" protokoli qo’llanildi. Oositlarning urug'lantirilishi EKU usuli bilan amalga oshirildi. Bitta blastotsistni tanlab o'tkazish - yetishtirishning 5-kunida bajarildi. Kubital venadan venoz qon zardobini yig'ish preovulyatsion follikulalarning transvaginal punksiyasidan oldin amalga oshirildi. Follikulyar suyuqlik (FF) preovulyator follikulalarning transvaginal punksiyasi vaqtida olingan. Agar qon follikulyar suyuqlik tarkibiga aniqlansa- ushbu materialni o'rganish amalga oshirilmadi. Biologik materiallar Toshkent shahridagi "Swiss Lab" klinikasida tekshirildi. Mikroelementlarning qon zardobida va Follikul suyuqligidagi kontsentratsiyasi standart biokimyoviy usullar yordamida o'rganildi.
Tadqiqot materiallari va usullari. Bizning ma'lumotlarga asoslanib, IVF (ekografik tasdiqlangan homiladorlik) natijasiga qarab shakllangan ayollar guruhida asosiy guruhdagi homiladorlik chastotasi (ba'zi mikroelementlarning yetishmovchiligi bilan bepushtlikning tubal faktori bilan) sezilarli darajada past bo'lganligi aniqlandi. (26,9%) taqqoslash guruhiga qaraganda (mikroelementlarning normal qiymatlari bilan kolba faktori) -35,4%. Periferik qonning mikroelementlari tarkibini o'rganish jarayonida ayollarning 28 foizida ruh yetishmasligi va ayollarning 7,14 foizida temir tanqisligi aniqlandi. Barcha ayollarda Mis va Folik kislota konsentratsiyasi normal ko’rsatkichlar qiymatidan oshmadi. Konsentratsiya o'zgarishsiz qoldi va taqqoslash guruhidagi bemorlarning ko'rsatkichlaridan farq qilmadi (0,01 ± 0,002 g / l - taqqoslash guruhidagi bemorlarda).

Natijalar. IVF dasturlarining salbiy natijalarini bashorat qiluvchi omillar quyidagilar: qonda ruhning pasayishi va mikronutrient etishmovchiligining aralash turlari reproduktiv natijalarni pasayishi. Tubal bepushtlik bilan bepusht ayollarning qonida mikroelementlar yetishmasligi bo'lsa, EKU dasturlarida reproduktiv natijalar barcha ko'rsatkichlarda pasayadi. Follikulyar suyuqlik tubal omil bepushtligining diagnostik ko'rsatkichidir. Misning kontsentratsiyasi reproduktiv natijalarga ta'sir ko'rsatmadi. Yuqoridagi natijalar bizga IVF dasturlarida pregravid tayyorlash kursini o'tkazish uchun ovulyatsiyani stimulyatsiya qilish davrlarini kechiktirish imkoniyatini ko'rib chiqish maqsadga muvofiqligini ko’rsatdi.

HYGIENIC ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PRIMARY-MULTIPLE MALIGNANT TUMORS

Shoyunusova N.Sh.
Department of Social Hygiene and UOZ
Andijan State Medical Institute

Relevance. Malignant neoplasms (MN) are one of the most important medical and social problems of society and are among the main causes of mortality and disability in the population.

Primary multiple tumors (PMT) are a big problem that aggravates the prognosis of diseases and increases mortality from MN. Primary multiple tumors are one or more malignant neoplasms, simultaneously or alternately occurring in the same patient. Each of them (first, second, third and subsequent) is an independent primary tumor process, and not a metastasis of the first tumor. PMZOs more often occur in different organs, but they can also occur in one, and differ in the histological picture, i.e. arise from various tissues.

Purpose of the work: scientific substantiation of a complex of preventive measures to reduce the risk to public health in a region with an increased oncological incidence.

Research results. The share of the influence of environmental factors on the formation of some types of oncopathology was revealed: for MN of the skin - 29.2%, kidney - 21.3%, thyroid gland - 18.0%, etc. The causal dependence of the formation of oncopathology on environmental risk factors was established : for MN of the skin - the presence of radon hazard (r = 0.52), formaldehyde in the atmospheric air (r = 0.49), chloroform in drinking water (r = 0.38); for MN kidney - nitrogen dioxide, lead in the air (r = 0.39-0.49), the presence of heavy metals in soil and water (r = 0.32); for MN of the thyroid gland - contamination of drinking water (r = 0.41), incl. cadmium, strontium;

the presence of formaldehyde, arsenic in the atmospheric air (g = 0.33). Individual carcinogenic risk (ICR) from exposure to chloroform in drinking water ranged from 7.7E-07 to 3.4E-05.

Lifestyle risk factors have been identified that increase the likelihood of oncopathology formation: inappropriate nutrition (deficiency in the consumption of vegetables, fruits, dairy products); self-destructive type of behavior (persons with a long experience of smoking, overweight, drinking alcohol is 1.5-2.0 times more among patients with malignancies compared with practically healthy and 1.3-1.5 times more among patients with PMZO compared with having the same cancer localization).

A genetic predisposition was revealed (21.5% of male patients, 24.9% of women indicate the presence of cancer in blood relatives). Preceding and concomitant diseases can be considered pathological conditions that have endocrine - hormonal - metabolic disorders in the pathogenesis of development.

The main direction of reducing the formation of malignant neoplasms, including PMZO, is to increase the efficiency of detecting and registering patients when using the cancer register, conducting clinical examination according to a specially developed scheme and using a wide range of diagnostic techniques (endoscopic, sonographic, cancer markers, etc.) and medical methods. rehabilitation (lifelong observation, targeted hygienic education, homeostasis correction and medical and psychological correction).

Conclusions. The results obtained made it possible to provide a holistic approach to the creation of a mechanism for the practical implementation of early diagnosis of PMZO at the regional level with the participation of healthcare institutions of the region, assessment of possible risk factors for the development of PMZO and the implementation of adequate preventive measures, as well as to develop scientifically based and prophylactic programs for clinical examination of patients who have undergone oncological disease and determine the basic methodological requirements for the functioning of dispensary departments of the regional oncological dispensary and oncological offices.

HYGIENIC CHARACTERISTICS OF FACTORS DETERMINING THE DEVELOPMENT OF ALIMENTARY-DEPENDENT DISEASES AMONG THE POPULATION OF WORKING AGE

Shoyunusova N.Sh.
Department of Social Hygiene and UOZ
Andijan State Medical Institute

Relevance. The rate of economic development of the country, its national security is determined by the able-bodied population, whose health in the conditions of modern Russia has a pronounced tendency to deteriorate. The real needs of the country's population are currently associated with improving health, therefore, the primary task is to provide people with new technologies for the prevention of diseases. Numerous studies have proven that actual nutrition, along with other lifestyle changes, affects the formation of non-communicable diseases, reduces the effect of risk factors and affects the level of morbidity and mortality in the population.

At present, the fight against alimentary-dependent diseases, which account for a significant part of all inpatient care, is considered a priority for public health. A difficult socio-economic situation, an unfavorable human environment, unhealthy diet together have an extremely negative impact on the formation of the nation's health.

The purpose of the work is to substantiate ways to improve the system for the prevention of alimentary-dependent diseases based on the analysis of the actual nutrition of the working-age population, the quality of consumer products.

Research results. In each age group, a high protein intake was revealed: in 75% of men and 81% of women, the calorie content due to protein is higher than the norm, proteins of animal origin make up from 55.1% to 66.2% of the total amount of proteins in the daily diet; 38.4% of respondents consume more than 100 g of fat per day, the proportion of diets with excess of the norm is 56.3%, while the consumption of carbohydrates has been reduced to an average of 257.8 g per day, the proportion of diets where the amount of carbohydrates is below the norm is from 30 to 98% in different groups of physical activity.

The non-carcinogenic health risk is mainly formed due to the consumption of foodstuffs contaminated with nitrates (potatoes, vegetables and fruits) - 39.1%; arsenic (dairy and meat products) - 32.8% and cadmium - 21.3% (dairy products, bakery products and meat products); a significant contribution to the risk of developing carcinogenic effects from food is made by cadmium and arsenic, which enter the human body through the consumption of milk and dairy products, bakery products and meat products. The total value of the carcinogenic risk was 0.00004446, which corresponds to the upper limit of the acceptable risk.

The main food sources of cadmium intake are milk and dairy products (48.3%), bakery products (16.1%), meat and meat products (13.2%); lead - bakery products (26.9%), potatoes (24.4%), milk and dairy products (23.9%), meat and meat products (7.6%); mercury - milk and dairy products (53.7%), meat and meat products (16.8%), potatoes (10.9%); fish and fish products (4.7%); arsenic - milk and dairy products (72.5%), meat and meat products (12.8%), bakery products (3.1%); fish and fish products (2.2%).

A qualitative assessment of milk using biological test objects of the ciliate class revealed weak toxicity in 12% of the samples ($p < 0.05$), upon further investigation of which inhibitory substances were found. When

calculating the standardized coefficients of the discriminant equation, the dependence of the occurrence of nutritional diseases in men on the frequency of additional physical activity (ß = 0.66), work experience (ß = -0.33), marital status (ß = -0.54), frequency of consumption milk (p = 0.35), the consumption of vegetable fats (ß = 0.58), the amount in the diet of lactose (ß = 0.62), starch (ß = 0.3), vitamin PP (ß = -0, 6), sodium ph = 0.58), potassium (p = -0.71) and body mass index ph = -1.5). The following factors influence the development of alimentary-dependent diseases in women: body mass index (ß = 3.5), marital status (ß = 0.3), number of children (ß = 0.24), age (ß = 0, 21), working conditions φ = 0.27), the presence of stress factors φ = -0.26), the frequency of consumption of milk (ß = 0.21), butter (ß = -0.34), fortified products (ß = 0, 16), the amount of vitamin A in the diet ((3 = 0.2).

Conclusions. Introduction into the practice of the laboratory service of the method of analyzing the quality and safety of food products using the Tetrahimena Piriformis test object for preventive and current control in order to ensure food safety.

In the activities of Health Centers, it is necessary to actively introduce the developed technologies for personalized diagnostics of health status, methods for the prevention of non-communicable diseases, including, first of all, measures to optimize nutrition and eating behavior.

Primary health care needs to be focused on identifying and reducing the influence of risk factors that contribute to the development of food-dependent diseases.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Жураев Махмуджон Мухиддинович
Андижанский кардиологический центр отделение аритмии

Актуальность.Частота развития фибрилляцией предсердий (ФП) в общей популяции населения, по данным ВОЗ, составляет 0,4–2,0% (от 0,1% у лиц моложе 40 лет до 4,0% у лиц старше 60 лет и до 9% среди старшей возрастной группы 75–80 лет).

В представлено современные сведения по диагностике, обследованию и лечению больных фибрилляцией предсердий. Представленная информация основывается на личном многолетнем опыте лечения этих пациентов, осмыслении коллективного опыта своих коллег из разных лечебных учреждений, разных городов и стран.

Цель исследования. На основе длительного проспективного клинического наблюдения, генетических, лабораторных и инструментальных методов исследования разработать научную основу оптимизации лечения и профилактики тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляциией предсердий.

Материалы и методы исследования. Полученные нами данные позволили предположить следующий объем обследования больных. В возрастной группе моложе 65 лет при впервые возникшем пароксизме ФП должно быть проведено генетическое тестирование с целью определения полиморфизма гена FGB (G-455A), ультразвуковое обследование сердца.

В возрастной группе старше 65 лет, даже при отсутсвии других ФР ТЭО, при увеличении количества пароксизмов более 6 следует назначать антикоагу-лянтную терапию варфарином, в этой возрастной группе требуется проведение длительного ЭКГ мониторирования с целью определения бессимптомных пароксизмов ФП и их предикторов. При наличии предикторов бессимптомных пароксизмов с целью ранней профилактики ТЭО должна проводиться антикоагу-лянтная терапия.

Результаты исследования. В возрастной группе старше 60 лет показатели качества жизни существенно улучшаются как при стратегии контроля ритма, так и при стратегии контроля частоты сердечных сокращений. В группе моложе 60 лет показатели качества жизни улучшаются только при стратегии контроля ритма, при сохранении постоянной фибрилляции предсердий существенно снижается физический компонент здоровья. В возрастной группе старше 60 лет, тактика восстановления синусового ритма не имеет преимуществ перед контролем частоты сердечных сокращений. В возрастной группе моложе 60 лет приоритетной должна быть стратегия контроля ритма.

Носительство А"455 аллеля в промотрной области гена FGB является фактором риска тромбоэмболического инсульта у больных фибрилляцией предсердий. Предикторами тромбоэмболических осложнений у пациентов моложе 65 лет могут быть: наличие FGB-455A (отношение шансов 5,5), длительность эпизода фибрилляции предсердий >48 часов (8,1), наличие митральной регургитации (5,3), а в возрастной группе старше 65 лет такими факторами оказались: наличие 6 и более рецидивов фибрилляци предсердий (2,8), митральной регургитации (3,9), снижение ФВ <55% (5,5).

Носительство A"455 аллеля в промотрной области гена FGB является фактором риска тромбоэмболического инсульта у больных фибрилляцией предсердий. Предикторами тромбоэмболических осложнений у пациентов моложе 65 лет могут быть: наличие FGB-455A (отношение шансов 5,5), длительность эпизода фибрилляции предсердий >48 часов (8,1), наличие митральной регургитации (5,3), а в возрастной группе старше 65 лет такими факторами оказались: наличие 6 и более рецидивов фибрилляци предсердий (2,8), митральной регургитации (3,9), снижение ФВ <55% (5,5).

Частота тромбоэмболических осложнений составила 4,2 на 100 человеколет риска. Частота тромбоэмболических осложнений не различалась у пациентов с рецидивирующей и постоянной формами фибрилляции предсердий (соотвественно 4,2 и 4,3 на 100 человеколет риска). В возрастной группе моложе 60 лет наибольшая частота тромбоэмболичексих осложнений была в группе контроля ритма - 1,9 на 100 человеколет риска, группе старше 60 лет одинакова, как в группе контроля ритма, так и группе контроля частоты сердечных сокращений (соответственно 6,4 и 6,3 на 100 человеколет риска).

Частота геморрагических осложнений на фоне длительной антикоа-гулянтной терапии составила 3,3 на 100 человеколет риска. У пациентов моложе 60 лет наибольшая частота геморрагических осложнений была в группе контроля ритма (5,8 на 100 человеколет риска). В группе старше 60 лет инцидентность геморрагических осложнений не различалась, как в группе контроля ритма, так и в группе контроля частоты сердечных сокращений (соответственно 1,8 и 1,6 на 100 человеколет риска).

При мониторировании ЭКГ у пациентов с восстановленным синусовым ритмом в 21% случаев регистрировалась бессимптомная форма фибрилляции предсердий. Выявление этой формы аритмии не зависело от класса антиаритмических препаратов. Предикторами бессимптомного рецидива были увеличение максимальной ночной ЧСС более 90 уд/мин (3,9), общее количество одиночных суправентрикулярных экстрасистол за сутки более 49 (5,8), парных суправентрикулярных более 5 за сутки (3,3).

Вывод. Таким образом, в настоящее время проблема лечения ФП далека от своего окончательного решения, актуальными остаются вопросы поиска наиболее оптимальной стратегии лечения ФП, стратификации риска и снижения частоты тромбоэмболических осложнений.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Жураев Махмуджон Мухиддинович
Андижанский кардиологический центр отделение аритмии

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающееся нарушение сердечного ритма. Частота ФП в популяции составляет 0,4—1% и увеличивается с возрастом пациентов. Персисти-рующая форма встречается приблизительно в 40% всех случаев ФП. В последние два десятилетия частота госпитализаций пациентов с ФП увеличилась в 2—3 раза, что связывают с постарением населения, увеличением распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также более частым использованием приборов для мониторирования электрокардиограммы. У 10—40% пациентов с ХСН регистрируется фибрилляция предсердий, которая снижает переносимость физических нагрузок и ухудшает прогноз (SOLVD). При этой аритмии исчезает систола предсердий, и сердечный выброс снижается примерно на 25%. Кроме того, тахикардия приводит к уменьшению наполнения левого желудочка во время непродолжительной диастолы и снижению ударного объема крови.

Цель исследования. Является совершенствование методов эффективного ведения пациентов с фибрилляцией сердца в амбулаторных условиях

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 55 пациентов с фибрилляцией сердца в амбулаторных условиях для обследования, и мы приняли меры для эффективного их проведения у этих пациентов

Результаты исследования. Оценку эффективности лечения фибрилляции предсердий следует проводить после 6 месяца после вмешательства, так как к этому времени происходит не только электрическая стабилизация миокарда предсердий, но и их обратное структурное ремоделирование в случае сохранения синусового ритма.

Сохранение фибрилляции предсердий после хирургических вмешательств приводит к увеличению числа внеплановых обращений более чем на 30% в сроки до 6 месяцев после операции, усугублению сердечной недостаточности в 100 %, системным тромбоэмболиям в 11,6% случаев.

Комбинированное эпи- и эндокардиальное воздействие по схеме «Лабиринт» на открытом сердце не сопровождается специфическими хирургическими осложнениями с среднесрочные периоды наблюдения.

Хирургическое уменьшение полости левого предсердия в отдалённом периоде на фоне приема антиаритмических препаратов III класса приводит к восстановлению синусового ритма у 15% больных, которым выполнена радиочастотная фрагментация предсердий по схеме «Лабиринт», что повышает эффективность этой процедуры до 80%.

Трансвенознаяэндокардиальная операция «Лабиринт» позволяет в 58% случаев избавить пациентов от приема антиаритмических препаратов при субъективном отсутствии ФП, а еще в 16% асимптомность ФП достигается приемом амиодарона. В 10,5% требуется повторное катетерное лечение, причем в 5,2% случаев по поводу осложнений первого вмешательства.

Предиктором стабильности результатов на амбулаторном этапе после ка-тетерного лечения фибрилляции предсердий является величина передне-заднего размера левого предсердия не более 45 мм. Для операции «Лабиринт» наоткрытом сердце такой зависимости не выявлено.

Вывод. Таким образом, в настоящее время проблема лечения ФП далека от своего окончательного решения, актуальными остаются вопросы поиска наиболее оптимальной стратегии лечения ФП, стратификации риска и снижения частоты тромбоэмболических осложнений.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА: ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯНИЕ НА РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД

Каримов Б.Б., Мажидова Ё.Н.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема гипергомоцистеинемии (ГГЦ) в последнее время привлекает все большее внимание исследователей, так как является одним из ведущих факторов риска развития и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным эпидемиологических исследований превышение уровня гомоцистеина более 15 мкмоль/л встречается примерно у 5- 7% общей популяции, а у лиц с атеротромботическим поражением артерий – в 30% случаев. Физиологическая роль гомоцистеина (Нсу) заключается в поддержании на постоянном уровне содержания метионина, необходимого в реакциях метилирования, а также для синтеза цистеина, являющегося структурным компонентом глутатиона и источником сульфидов. Кроме этого, Нсу участвует в реакциях синтеза α-кетобутирата, предшественника сукцинилКоА – интермедиата цикла Кребса.

Цель исследования. Явилось изучение патогенетической роли гипергомоцистеинемиив развитии ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 100 пациентов с диагнозом ишемия мозга и 40 с диагнозом гипертоническая болезнь, 13 человека, страдающих хроническим риносинуситом в стадии рецидива и ремиссии.

Результаты и их обсуждение. Экзогеннаягипергомоцистеинемия вызывает развитие дисфункции эндотелия, с увеличением числа циркулирцющихэндотелиоцитов, уровня эндотелина, снижением концентрации нитратов и нитритов, формированием гиперкоагуляции, обусловленной повышенным представительством TF на мембранах эндотелиоцитов, нейтрофилов и фибробластов.

Наиболее высокий уровень окисленных липопротеидов и аутоантител к ним зафиксирован у здоровых людей в возрасте от 18 до 35 лет. Их концентрация зависит от уровня гомоцистеина, от курения, тяжести ИБС и стадии гипертонической болезни.

У больных с атеросклеротическим процессом концентрация гомоцистеина повышена, что сопровождается увеличением количества лимфоцитов в этой группе практически в 2 раза, за счет прироста всех субпопуляций лимфоцитов, повышением содержания CD25 и CD127 позитивных клеток, а также лейкоцитов, несущих на своей поверхности TF, накоплением в сыворотке крови молекул адгезии – ICAM-1, р-селектина.

Гипергомоцистеинемия вызывает повреждение структур организма путем активации окислительных процессов, апоптоза, образования коньюгатов, что сопровождается развитием дисфункции эндотелия, формированием гиперкоагуляции, сдвигами в цитокиновом профиле и стимуляции адаптивного иммунного ответа, с преобладанием клеточного звена иммунной системы.

По данным анализа пошаговой множественной регрессии к показателям, влияющими на толщину комплекса интима-медиа относятся уровень гомоцистеина, общего холестерина, триглицеридов, концентрация интерлейкина2 и титр аутоантител к тромбину.

Вывод. Полученные результаты могут быть полезными для понимания механизмов возникновения и развития ишемии мозгаи гипертонической болезни, а также для выявления возможных механизмов защиты организма от токсического повреждения гипергомоцистеинемией.

При соответствующей клинической апробации данные исследования могут являться основой для внесения дополнений в алгоритм диагностики ишемии мозга, что позволит выявлять заболеваниие на ранних этапах его развития.

РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Каримов Б.Б., Мажидова Ё.Н.
Кафедра неврологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Гипергомоцистеинемия как следствие нарушенного метаболизма гомоцистеина считается независимым фактором риска развития инсульта у человека. Показана роль нейропротективной терапии в прерывании или замедлении последовательности повреждающих биохимических и молекулярных процессов, способных вызвать необратимое ишемическое повреждение головного мозга.

Исследования последних лет показали, что гомоцистеин является более информативным показателем развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем общий холестерин, и является независимым фактором в формировании как стеноокклюзирующихпоражений магистральных артерий, тромбоза глубоких вен и микроангиопатии, так и последующих цереброваскулярных событий, особенно у пациентов с заболеваниями коронарных артерий, почек, больных сахарным диабетом 2 типа. У 9,6% пациентов с венозным тромбозом из известных факторов риска тромбообразования выявляется только гипергомоцистеинемия.

Цель исследования. Определить взаимосвязи объема поражения головного мозга с концентрацией гомоцистеина у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. Уровень гомоцистеина исследован у 43 пациентов (32 мужчины, 11 женщин в возрасте 56±7,5 лет) с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, поступивших в клинику АГМИ им. Ю.Атабекова в первые сутки после дебюта заболевания.

Результаты и их обсуждение. Показано, что в подгруппе пациентов с атеротромботическим подтипом ишемического инсульта 6 (42,9%) пациентов имели уровень гомоцистеина крови, превышающий референтные значения в два раза (средняя величина 25,97 мкмоль/л).

Средний объем очага поражения составил 37,7±4,3 см3, что статистически достоверно отличалось от показателей пациентов без гипергомоцистеинемии (р40 мкмоль/л; у 1 пациента был зафиксирован показатель 12,18 мкмоль/л.

В данной группе пациентов статистическая обработка не проводилась вследствие малого числа наблюдений. Имеющиеся размеры ишемических очагов и невыраженный неврологический дефицит не позволил включить в полное исследование пациентов с лакунарным подтипом ишемического инсульта.

Пациенты с данным подтипом значимого увеличения гомоцистеина не имели: в среднем уровень гомоцистеина колебался от 14 до 16 мкмоль/л (70%, у остальных – менее 9 мкмоль/л).

Получить прямую зависимость между уровнем неврологического дефицита (с использованием шкалы инсульта NIHSS) и уровнем гомоцистеина в общей группе пациентов не удалось (уровень доказательности p=0,062).

Прямая зависимость между объемом ишемического очага (эллипсоид) и баллом по NIHSS при поступлении отмечена лишь для атеротромботического подтипа ишемического инсульта (p=0,0048).

Вывод. Показано, что пациенты с атеротромботическим подтипом инсульта с сопутствующейгипергомоцистеинемией, как правило, имеют более обширное поражение вещества головного мозга (p<0,05).

Учитывая важность рассматриваемого фактора риска возникновения цереброваскулярных заболеваний, необходимо обращать внимание на нарушение обмена гомоцистеина при проведении первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Это предполагает ведение здорового образа жизни с ограничением продуктов повышающих уровень гомоцистеина, отказ от вредных привычек, соблюдение рационального питания с увеличенным потреблением продуктов растительного происхождения, богатых фолиевой кислотой и витаминами группы В.

Целесообразен контроль уровня гомоцистеина у пациентов, которым необходимо принимать лекарственные средства, ассоциированные с нарушением обмена гомоцистеина (препараты l-DOPA, метформин, карбамазепин, блокаторы водородной помпы и антагонисты Н2-гистаминовых рецепторов, эстроген-содержащие оральные контрацептивы).

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА ГИГИЕНИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ

Тожибоева Л.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В современных условиях ухудшение качества окружающей и производственной среды в сочетании с неблагоприятными социально-экономическими условиями определили негативную динамику состояния здоровья населения, рост заболеваемости органов дыхания, кровообращения и др. особенно в условиях крупных промышленных мегаполисов.

Хроническую обструктивную болезнь (ХОБЛ) рассматривают как группу экологически зависимых болезней органов дыхания. Этим самым подчеркивается роль поллютантов окружающей среды, как в развитии самой болезни, так и её обострений. Факторы риска возникновения хронического обструктивного бронхита, эмфиземы лёгких следует подразделить на две большие группы. Первая группа включает такие вредные привычки человека, как табакокурение, злоупотребление приёмом алкоголя, наркотиков и т.д., а также поллютанты окружающей среды (диоксиды серы и азота, озон, черный дым и т.д.). Вторую группу факторов риска составляют те, которые обусловлены реактивностью человеческого организма: генетические факторы, группа крови, возраст, расовая принадлежность, а также социально экономический статус человека.

При сопоставлении данных о распространенности и смертности ХОБЛ с результатами эколого-эпидемиологического мониторинга, особенно в крупных районах и промышленных центрах, можно проследить четкую корреляционную зависимость между интегральным уровнем антропогенного загрязнения регионов и распространенностью и смертностью от заболеваний органов дыхания.

Цель исследования. Научно обосновать и разработать гигиеническую модель профилактических и реабилитационных мероприятий у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в условиях Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 80 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в Ферганской долине с целью выполнения поставленной перед нами задачи и разработали и научно обосновали гигиеническую модель профилактических и реабилитационных мероприятий.

Результаты исследования. Анализ условий труда показал, что для профессиональной деятельности пациентов с ХОБЛ, характерны высокие уровни интеллектуальных и эмоциональных нагрузок. По совокупности неблагоприятных факторов трудового процесса напряженность их труда оценивается как класс 3.2 (вредный), интегральная оценка напряженности труда - LHT=1,65 (IV класс - очень высокая напряженность труда).

Анализ субъективных показателей состояния здоровья исследуемой группы позволяет сделать вывод, что ХОБЛ значительно снижает качество жизни больных по сравнению с группой здоровых лиц, за счет снижения: физической активности (29,5 балла и 85,1 балла соответственно); ролевого функционирования (29,2 балла и 80,2 балла соответственно); общего восприятия здоровья (43,1 балла и 75,2 балла соответственно); жизнеспособности (43,0 балла и 64,5 балла соответственно); социальной активности (59,5 балла и 84,3 балла соответственно); эмоционального функционирования (66,7 балла и 82,5 балла соответственно).

Проведение комплекса реабилитационных мероприятий оказывает статистически значимое ($p<0,05$) положительное влияние на качество жизни пациентов с ХОБЛ, за счет повышения физической активности (29,5 балла до реабилитации и 38,8 балла после реабилитации); эмоционального функционирования (66,7 балла и 80,2 балла соответственно); ментальности (70,6 балла и 77,6 балла соответственно) и жизнеспособности (43,0 балла и 54,3 балла соответственно).

Результаты объективных показателей у пациентов с ХОБЛ до и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий выявили достоверные отличия и свидетельствуют о негативном влиянии этой нозологии на основные звенья патогенеза: нарушение вентиляционной функции легких по данным исследования функции внешнего дыхания, усиление гемодинамических нарушений по данным ЭХО-КГ, повышения уровня клеточных и белковых маркеров воспаления, повышения активности тромбоцитарного и плазменного звена гемостаза, что позволило рекомендовать эти показатели в качестве наиболее информативных критериев диагностики и мониторинга респираторной патологии и выявления риска ее осложнений.

Вывод. На основе результатов исследования научно обоснован комплекс нормативно-методических и информационно-аналитических документов, направленных на профилактику бронхолегочной патологии.

Разработаны и внедрены в практику наиболее информативные клинико-лабораторные и клинико-функциональные критерии оценки функционального состояния респираторной системы пациентов с хронической обструктивной болезнью легких..

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ И МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Тожибоева Л.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой важнейшую медицинскую и социальную проблему как в развитых, так и в развивающихся странах и относится к классу признанных социопатий. Современное определение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) - это заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся существенными внелегочными проявлениями, способными дополнительно отягощать течение болезни у отдельных пациентов. Ее легочная составляющая характеризуется ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение скорости воздушного потока обычно прогрессирует и связано с патологическим воспалительным ответом легких на действие ингалируемЫх патогенных частиц или газов.

Смертность от ХОБЛ занимает 4-е место среди всех причин, что составляет около 4% в общей структуре, а ведущей причиной этого хронического неинфекционного заболевания является табакокурение. Тревожным фактом является продолжающаяся тенденция к росту смертности от ХОБЛ.

В последние годы отмечено, что ХОБЛ сопровождается психологическими и психиатрическими проблемами, так в 44,4% были отмечены панические расстройства и в 40% - депрессии.

Подсчитано, что современные затраты в системе здравоохранения и социального обеспечения при компенсации ущерба, нанесенного ХБ и ХОБЛ здоровью населения* в 30-40 раз превышают затраты по их предупреждению. По данным пульмонологов из Вероны лечение больных ХБ и ХОБЛ в Италии обходится в 7 млрд. евро ежегодно, при средних затратах на одного пациента в 2450 евро.

Цель исследования. На основе комплексного клинико-эпидемиологического и медико-социального изучения закономерностей формирования и течения хронического бронхита и хронической обструктивной болезни легких, в изменяющихся условиях внешней среды разработать научно обоснованную систему профилактики этих заболеваний для улучшения респираторного здоровья населения.

Материалы и методы исследования. Получена достоверная клинико-эпидемиологическая информация о реальной распространенности ХБ и ХОБЛ в условиях долины. Полученные данные позволяют органам управления здравоохранением в изменяющихся природно-климатических условиях долины более обоснованно планировать организацию медико-социальной помощи больным ХБ и ХОБЛ, в том числе кадровое, материальное обеспечение, объем и номенклатуру лекарственных средств.

Результаты исследования. Полученные факты свидетельствуют об отсутствии тенденции отказа от курения по мере старения среди врачей мужчин; длительность табакокурения до отказа от него была не меньшей, чем у военнослужащих и даже у рабочих промышленных предприятий.

По усредненным официальным данным общая заболеваемость ХБ и ХОБЛ на территории долине и особенно Андижана и Наманган в несколько раз ниже, чем в среднем поФерганы. Особенно резко это различие проявляется в долине и ЕАО, где заболеваемость в 4-5 раз ниже общероссийской и в Андижанском и Наманганском Области среди взрослого населения составляет всего 0,6-0,7%о. По данным наших специальных исследований распространенность субъективной симптоматики ХБ и ХОБЛ у жителей г.Андижана в 30 раз выше (у 18,1% взрослого населения). Распространенность ХОБЛ по результатам проведенного нами целенаправленного клинического и спирографического скрининга среди мужчин городских жителей с учетом структуры демографических показателей и после соответствующей стандартизации составляет 4,4%, ХОБЛ выявляется на ранних стадиях у курящих мужчин преимущественно в возрастной группе 40 - 50 лет. 1 стадия ХОБЛ выявлена в 40,4%, 2 стадия - в 46,2%, 3 стадия - в 13,4% всех случаев. В распространенности и степени тяжести ХОБЛ очень высокое значение имеет возрастной фактор.

У мужчин пожилого возраста наличие ХОБЛ 2-3 стадии и уровень бронхиальной обструкции является малозначащими факторами при оценке ими КЖ по вопроснику ББ-Зб. Более того, КЖ у этих пациентов, в целом связано с имеющимися у них хроническими заболеваниями внутренних органов не более чем на 30-33 %. Среди них больше всего влияют на КЖ болезни органов мочевыделения и кровообращения.

Вывод. Организационная модель оптимизации профилактики ХБ и ХОБЛ на долине включает в себя 2 группы аспектов профилактических мероприятий, повышающих качество медицинской помощи: организационно-методические и медико-социальные.

MUNDARIJA

I-ICHKI KASALLIKLAR	4
ANALYSIS OF THE DEGREE OF ADHERENCE OF PATIENTS TO TREATMENT FOR ISCHEMIC HEART DISEASE *Abduvalieva G.T., Niyozova Yo. M., Yaminova N.Kh.*	5
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЭРИТРОНА БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ *Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю.*	5
МЕТОДЫ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ *Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., ДелкашеваШ.Д., Ахмедова Х.Ю.*	6
ВЕГЕТОСОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ *Абдукадиров У.Т.*	7
ELECTROPHORESIS WITH MUMIYO IN A COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE *Abdukadirova D.T, Assistant Xolmatov R.I, Master degree Sotvoldiyev M.M*	8
ПАТОГЕНЕЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СЕТЧАТКЕ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ *Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.*	9
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОРЕТИНОГРАФИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ *Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.*	9
ИЗМЕНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ *Абдуллаев Ш.О., Маматхужаева Г.Н.*	10
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА *Абдуллаева Б.С., Ахмедханов С.Ш., Ахмедова Ф.Д., Алимирзоев Ф.А.*	11
КАНДИДОЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎПКА СИЛИ МАВЖУД БЕМОРЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ *Абдуманапова Р.К., Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Мавлянов И.К., Султонов Г.И.*	12
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА *Т.Абдуназаров, О.О. Эшонхужаев, А.Н. Халилов,Ф.Т.Усманова*	12
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАРАФАРЕНГИАЛЬНОГО ПРОСТРАНВА ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ *Абдурахмонова М.А.*	13
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ *Абдусалимова Ш.А.*	14
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕКОГО СТАТУСА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА *Абдусаттаров К.А., ШарифбаевС.А., Жиянов И.А., Исмаилов А.И., Хайдаров У.А.,*	15
CORONARY ARTERY ATHEROSCLEROSIS, PREDICTIVE SIGNIFICANCE, POSSIBILITIES OF DETECTION AND CORRECTION IN AMBULATORY PRACTICE *Abdusattorov A.A.*	16
ОИВ ИНФИЦИРЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Азимов М.Б., Болтабоева Д.И*	17
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СПЕКТРА ЦИТОКИНОВ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ *Акбаров А.Т., Назаров Ф. Ю.*	18
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАР УЧУН ТЎҒРИ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР *Г.Х.Акбарова*	19
ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 *Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Ашуралиева М.А.*	20
ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 *Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.*	21

ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ *Алейник В.А., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Ашуралиева М.А.*	22
ВЛИЯНИЕ КОНТРИКАЛА НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 *Алейник В.А., Валиева М.Ю., Жураева М.А., Холикова Д.С.*	23
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГИСТОСТРУКТУР ПОЧКИ ПРИ ОДНООБРАЗНОМ БЕЛКОВОМ ПИТАНИИ *Алиев Х.М., Шокаримова Н. В., Шаробидинов Б.Т.*	24
МЕЪДА – ИЧАК МОТОРИКАСИНИ ГИПОКИНЕЗИЯДА РЕНТГЕНОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ *Х.М. Алиев*	25
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ ГРУДИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОРАКОСКОПИИ *Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Абдуллаев У.У.*	26
ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА *Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Худойбердиев Б.А., Султанов Ш.И*	26
ЭХОГРАФИЯ В УТОЧНЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРИПТАРХИЗМЕ *Алимарданов О.Р., Фазылов А.А., Курбанов Ф.Т., Кадиров Н.А.*	27
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ *Алимжанова Мохирабону Шукурохуновна.*	27
УЗОҚ МУДДАТДАН СЎНГ ЎПКА АРТЕРИЯ ГИПЕРТЕНЗИЯСИНИНГ БИОКИМЁВИЙ МАРКЕРЛАРИ ВА КАРДИОРЕСПИРАТОР ХОЛАТИГА ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ *Аляви А.Л., Содиқова Г.А., Рахимова Д.А*	29
YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI *Artikova S*	30
ОПТИМАЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Артикова С.Г.*	31
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ *Артикова С.Г.*	31
ВАЖНОСТЬ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Артикова С.Г.*	32
ОПТИМАЛЬНАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Артикова С.Г.*	33
ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ *Артикова С.Г.*	34
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Ахмадалиева У.К., З.С.Салахиддинов, Валиева М.Ю, Максумова Д.К.*	35
ЭРКАКЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИНГ ТАРКАЛИШ ХУСУСИЯТЛАРИ *Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю, Максумова Д.К.*	35
О ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ *Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К., Кодиров Д.А.,Валиева М.Ю.*	36
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ *У.К.Ахмадалиева С.Э.Джумабаева, Д.К.Максумова, М.Ю.Валиева*	36
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКИМИ ПУРПУРАМИ *Ахмаджонов Р.С., Юлдашева Н.Э.*	37
ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND HABITABLE MOST PREGNANCY IN THE EARLY TERMS *Akhmadzhonova G. M.*	38
РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *М.Э. Ахмедов*	39

ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ *Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., ДелкашеваШ.Д., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.*	40
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ *Ахмедова Х.Ю., ДелкашеваШ.Д., Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.*	40
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ *Ахмедова Х.Ю., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И.*	41
ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ В-КЛЕТОЧНОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ *Ахмедова Х.Ю,. Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С.*	42
ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ *Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Дж., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.*	43
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ *Ахмедова Х.Ю., Делкашева Ш.Дж., Абдувахопова Н.Р., Гофурова Л.М., Шокирова Г.К.*	44
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ *Ахмедова Х.Ю. Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И.*	45
ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ *Ахмедова Х.Ю. Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С.*	46
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ COVID-19 *Ахмедова Ш.Ш., Джураева Э.Р., асс. Ганиева Н.А.*	47
ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 И ГАСТРИНА-17 ПРИ ПОДОСТРОМ ОТРАВЛЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ *Ашуралиева М.А., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д.*	48
ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ПОПУЛЯЦИИ *Ашуралиева Н.Д.*	49
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ *Ашуралиева Н.Д.*	50
ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА И ГЕКСАПЕПТИДА-SLIGRL НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА *Ашуралиева Н.Д., Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева М.А.*	50
ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ НА УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ ХЦК-8 *Ашуралиева Н.Д., Алейник В.А., Жураева М.М., Ашуралиева М.А*	51
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ *Ашуралиева Н.Д.*	52
ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В ПОПУЛЯЦИИ *Ашуралиева Н.Д.*	53
FEATURES OF THE COMBINED COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION AND OUT-OF-SOCIAL PNEUMONIA *Abduvalieva G.T., Yaminova N.Kh., Niyozova Yo M.*	54
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСУДИСТОГО ВОЗРАСТА В ЦЕЛЯХ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗЕЙ *Бадалбаева Н.М., Узбекова Н.Р., Китьян С.А.*	55
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ *Батирова Б.Т., Султонов Г.И., Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К., Орипов Ш.Ю.,*	55
ОСОБЕННОСТИ АНДРОГЕННОГО СТАТУСА У МУЖЧИН С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА *Бейбалаева А.М, Кудаев М.Т., Гаджиева Т.А.*	56

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ *Бектемирова Н.Т.*	57
КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ. *Бобоев К.Т., Мусашайхова Ш.М., Каримов Х.Я.*	58
ОЦЕНКА ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.	58
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ *Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Худойбердиев Ж.М.*	59
ЖИГАРНИНГ АЛКОГОЛ ТАЪСИРИДА ЗАРАРЛАНИШИНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ *Бойқўзиева М.Б., Усмонова Я.Ғ.*	60
АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В СВП *Бойкузиева М.Б.*	61
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ДИСБАКТЕРИОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ *Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У.*	61
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ СВП *Бойкузиева М.Б., Назарова Г.У., Носиров М.М*	62
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ИНДЕКС ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ *Бойкузиева М.Б.*	63
К ЦЕНТИЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ВОЗРАСТЕ 12-16 ЛЕТ *Бойкузиева М.Б.*	63
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА МАСТОПАТИЯГА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАР ЎТКАЗИШ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ *Бойқўзиева М.Б.*	64
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Бойкузиева М.Б.*	65
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА «БИФОЛАК ЦИНКУМ» НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ *Бойкузиева М.Б.*	65
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 ЛЕТ НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВНЕДРЕНИЯ СКРИНИНГ ТЕСТА ДЕНВЕРА *Бойкузиева М.Б.*	66
ҚВП ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ *Бойқўзиева М.Б.*	67
MONITORING ANALYSIS OF GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN UNDER 5 IN RURAL MEDICAL CENTERS *M.B. Boykuzieva, G.U. Nazarova*	68
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПНЕВМОЦИТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ *Болтабоева Д.И., Азимов М.Б.*	68
DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR CORRECTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES *Bustanov Sh.Ya.*	69
DEPRESSIVE CONDITIONS AND THEIR TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE *Bustanov Sh.Ya.*	70
UMURTQA POG`ONASI OSTEOXONDROZI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLOVCHI JISMONIY TARBIYA VOSITASIDA DAVOLASH SAMARADORLIGI *Butaboev M.T., Soliev I.M.*	70

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ *Бутабоев М.Т., Солиев И.М.*	71
ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА СРЕДСТВАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ *Бутабоев.М.Т., Солиев И.М.*	71
КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКОЙ МАНИПУЛАЦИИ В ОСНОВЕ РЕАБИЛИТАЦИИ *Бутабоев.М.Т., Қосимов.И.У., Минаваров.Р.А., Солиев.И.М.*	72
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ФИТОТЕРАПИИ *Бутабоева.М.М., Минаваров.Р.А., Солиев.И.М., Косимов.И.У.*	72
ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЕЧНОГО АРИМА У БОЛЬНЫХ *Валиева З.С.*	73
ARTERIAL GIPERTENZIYANING EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARINING AHAMIYATI *Valiyeva Z.S.*	74
МОНИТОРИНГ ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, С.Э.Джумабаева, Д.К.Максумова, Д.А.Кодиров*	75
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОБЩЕГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, Д.К. Максумова, И.У.Ганиева*	75
ПРИОРИТЕТНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, М.А.Жураева, Д.К.Максумова*	76
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ, КАК ПРЕДИКТОРА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, У.К.Ахмадалиева, Д.К. Максумова*	77
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов , И.У.Ганиева, Д.К.Максумова, Д.А.Кодиров*	77
СВЯЗЬ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Ганиева И.У.*	78
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ *М.Ю.Валиева, З.С.Салахиддинов, Д.К.Максумова, Ганиева И.У.*	79
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ *Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Максумова Д.К., Мусашайхова Ш.М.*	79
ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИЯ И ГИПЕРТРИГЛИЦЕРИДЕМИЯ ПРИ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ *Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.*	80
ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПО ТЕСТУ «САН» У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА *Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э, Максумова Д.К..*	80
CLINICAL LABORATORY OF CHRONIC HEPATITIS B AND C VIRUS IN PEOPLE WITH HIV *Valieva N.M., Yakubova R.M.*	81
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСА ГЕПАТИТА В И С У ЛЮДЕЙ С ВИЧ *Валиева Н.М., Якубова Р.М.*	82
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО - МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН *Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э., Максумова Д.К.*	83
РИСК РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ *Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.*	83
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ *Вахабов Б.М., Курбанова Д, Турсунов М., Алижонов М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.*	84
ИЗМЕНЕНИЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИЯХ	85

Вахабов Б.М., Камалов Б.Б., Ойбекова Г.С., Олимов А.А.	
КАРДИОЛОГИЯНИ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ: ОИЛАВИЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ *Вахабов Б.М., Курбанова Д, Турсунов М., Алижонов М., Камалов Б.Б., Усманов Б.Б.*	86
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТРИАДА СЕЙНТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Веприцкая Е.В., Жулиева .Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К.,Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А*	87
РЕЦИДИВЫ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СТОП В ПРАКТИКЕ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.*	87
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ МОШОНКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.*	88
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПО ДАННЫМ АУТОСПИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А*	89
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИИ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ *Веприцкая Е.В, Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.*	89
РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА ПОСЛЕ ХИРУРГИИ КАТАРАКТЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К.,Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.*	90
БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ: ОТ ПОЛИНЕВРОПАТИИ К СИНДРОМУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х.,Хотамова Г.А.*	90
ГИБРИДНЫЕ (АСИНХРОННЫЕ И СИНХРОННЫЕ) ЦИФРОВЫЕ СИСТЕМЫ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ *К.М. Гаджимурадова[1], М.А. Иванова[2,4], М.Н. Гаджимурадов[1], С.Н. Алиева[3]*	91
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ПЕЧЕНИ В ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ГЕПАТИТОМ *Кодиржонов М.А., Солиев Д.Қ., Ахмадалиева У.Қ.*	92
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА *Ганиев Б., Мамасалиев Н.С., Холикава Н.А*	93
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ *Ганиев Б., Мамасолиев Н.С., Холикова Н.А.*	94
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Д.*	96
ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ pSTAT3 ПРИ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ *Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д.*	97
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Гофурова Л.М., Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Делкашева Ш.Дж.*	97
ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ЭКСПРЕССИИ pSTAT3 ПРИ ДИФФУЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЕ *Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Дж.*	98
ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА *ДелкашеваШ.Д., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К.*	99
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА *ДелкашеваШ.Д., Шокирова Г.К., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р.*	100
ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА *Делкашева Ш.Дж., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., Шокирова Г.К.*	100
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА *Делкашева Ш.Дж., Шокирова Г.К., Гофурова Л.М., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р.*	101

К ВОПРОСУ ПОЛИМОРБИДНОСТИ ПРИ COVID-19 *С.Э.Джумабаева, Э.С.Джумабаев, М.Ю.Валиева, Э.Эргашев.*	102
ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНОТИПОВ ОСТЕОАРТРИТА *С.Э.Джумабаева, Э.С.Джумабаев, М.Ю.Валиева, К. Кобилжанов*	103
“COVID-19 IFEKSIYASINING ETIOLOGIYASI VA EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI (Toshkent shahri misolida)” *Yoqubov Q.Yo., Mirtazavey O.M., Matnazarova G.S., Rasulov Sh.M.*	104
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ *Жалилов А.О. Кучкаров А.М. Эргашев А.А. Абдуллаев А.Х.*	105
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.*	106
ИЗУЧИТЬ УТИЛИЗАЦИЮ ПЕЧЕНЬЮ КОРОТКОЦЕПОЧНЫХ И ДЛИННОЦЕПОЧНЫХ ПЕПТИДОВ ПО ИЗМЕНЕНИЮ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА *Жураева М.А., Алейник В.А., Холикова Д.С., Ашуралиева Н.Д., Усманов С.С.*	106
ВЛИЯНИЕ ТРИПСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ УТИЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНЬЮ ПЕНТАГАСТРИНА *Жураева М.А., Алейник В.А., Ашуралиева Н.Д.*	107
OPTIMIZATION OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF CHRONIC APICAL DENTAL PERIODONTITIS *Zhuraeva N.I.*	108
PSYCHOLOGICAL ROLE OF PARENTS IN PREPARING A CHILD AT A CHILD DENTIST *Zhuraeva N.I.*	109
ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТА И ОСТЕОПАТИИ *Жураева Н.И.*	110
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НЕЙРОГУМОРАЛ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ *Закирова Г.А., Камилова У.К., Утемурадов.Нуритдинов Н.А.*	111
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ПРАВИЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ *Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхужаев, Ф.Т. Усманова, Д.И. Курбанова*	111
ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ОТОТОКСИК САЛБИЙ ТАЪСИРЛАРИ, УЛАРНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ *Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхўжаев, Н.К. Латипова, Д.И. Курбанова*	112
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА *Зокиров А.С., Салиев Д.К., Солиев А.К.*	112
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ĆÒVID-19 *Ибатова Ш.М., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х.*	113
DIFFUSED TOXIC IN THE TREATMENT OF BULL DISEASE EVALUATION OF EFFICIENCY OF VITAMIN PHYTOTHERAPY *Ibatova Sh.M.*	114
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ĆÒVID-19 *Ибатова Ш.М., Каримова Н.А., Маматкулова Ф.Х.*	115
ФИБРИЛЛИОН ОТДЕЛЕНИЙ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ *Ибрвгимов Д.Н.*	115
STATIONARY ANALYSIS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AND FEATURES *Ibragimov D.N.*	116
СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРУДИННО-РЕБЕРНОГО КОМПЛЕКСА КРЫС В ЭТАПАХ РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ *Иброхимова Л.И., Расулов Х.А.*	117
ИННОВАЦИОННЫЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА *Икрамова З.Т.[1], Розыходжаева Г.А.[2], Мирюсупов М.М.[1]*	118

СЫВОРОТОЧНЫЕ МАРКЕРЫ ФИБРОЗА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ *Иминов Х., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Олимов И.*	119
РОЛЬ СЫВОРОТОЧНЫХ МАРКЕРОВ ФИБРОЗА МИОКАРДА В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА *Иминов Х., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т.*	120
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Иргашева Д.Г.*	121
BEMORLARDA ARITMIYALARNING XUSUSIYATLARI *Irgasheva D.G.*	122
FEATURES OF PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION *Isakova D.Z.*	123
CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS *`Isakova D.Z.*	123
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ АНДИЖАНСКОГО МЕДИНСТИТУТА *Исаков.К.К., Бутабоев.М.Т., Утанов.З.М.*	124
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ *Исламова Н.Б, Исломов Л.Б*	125
ARTERIAL GIPERTENZIYANI XUSUSIYATLARI *Ismoilov I.I.*	126
COMBINED THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION *Ismoilov I.I.*	127
FEATURES OF THE VEGETATIVE REGULATION OF THE HEART RATE OF ARTERIAL HYPERTENSION OF YOUNG AGE *Ismoilov I.I.*	128
ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЭНГ САМАРАЛИ УСУЛИ *Исмоилова С.Х., Исмоилов С.Х.*	128
ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ *Йулдошев А.А., Юсуфжонов Ж.М., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А.*	129
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ *Йулдашев А.А., Болтаев А.А., Хожакбаров А.Х., Юсуфжонов Ж.М.*	129
КОМБИНИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ *Йулдошев А.А., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А., Юсуфжонов Ж.М.*	130
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Калниязова И.Б., Мадреимов А.М., Адбукахарова М.Ф., Неъматова Н.У. , Зиятова Ш.*	130
ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ *Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Ибабекова Ш.Р., Атаходжаева Г.А., Тагаева Д.Р.*	131
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК И УРОВНЯ НЕЙРОГОРМОНОВ *Камилова У.К., Икрамова Ф.А., Закирова Г.А., Абдуллаева Ч.А., Бекназарова С.С.*	132
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ *Карабаева Ф.У.*	133
О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОФИЛИИ *Каримов Х.Я., Мусашайхов У.Х., Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.*	134
РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ *Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М*	134
ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ *Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Хошимов С.З*	136

FIBRILLION OF OFFICES IN THE BACKGROUND OF ISCHEMIC DISEASE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ORAL ANTICOAGULANTS IN TREATMENT AND PREVENTION *Kasimova N.J.*	137
ОСОБЕННОСТИ РЕОЛОГИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРА ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА *Ж.Ш. Каюмов, М.Ю. Каримов*	138
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКИСТАН *Кеулимкосова А.К., Абдукахарова М.Ф., Мансуровам К.*, Суннатиллаев Р.	138
ЭМФИЗЕМА ЛЕГКИХ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НА ФОНЕ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ *Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.*	139
ПОПУЛЯЦИОННЫЕ ДАННЫЕ В ОТНОШЕНИИ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ВИЧ – ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ: ПУТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ *Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Валиева М.Ю., Ахмадалиева У.К.*	139
ВИЧ ИНФЕКЦИЯ ЗА КАЧЕСТВЕ ОСОБОГО ТРЕБУЮЩЕГО СКРИНИНГОВОГО НАДЗОРА, ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ *Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С., Ахмадалиева У.К., Максумова Д.К.*	140
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА *Ходжамбердиев А.Р., Кодиров Р.И.*	141
ДЕФОРМАЦИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА БЕЗ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА *Кодирова Г.И., Юсупов А.Г., Иминов Х.М., Олимов И.О., Бекташев И.Б.*	141
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА *Кодирова Г.И., Хайдарова Н.Б., Таштемирова И.М., Вахабов Б.М., Уктамов Н.Т., Бекташев И.Б.*	142
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЬЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА *Косимов И.У., Бутабоев.М.Т.*	143
KARDIYAL ARITMIYA VA UNING XUSUSIYATLARINI STATSIONAR TAHLIL QILISH *Qosimova N.J.*	143
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОРИТ *Красненкова М.Б.*	144
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДОЗИРОВАННОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ В АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ *Кудаев М.Т., Шамилова С.Г., Магомедов А.З., Османова А.В., Ахмедова Д.А., Атаева. З.Н., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А., Бейбалаева А.М., Эзиляева М.Р.*	145
НЕЙРОЛЕПТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ *Курбанова Д.И.*	146
КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ВЫБОРЕ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ *Курбанова Д.И.*	147
ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ХИТОЗАНА И МАТЕРИАЛОВ НА ЕГО ОСНОВЕ *Кутликова Г.М.*	148
ПРИМЕНЕНИЕ ХИТОЗАНА ПРИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ *Кутликова Г.М.*	149
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЗАБОЛЬЕВАНИЯХ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА *Қосимов.И.У., Бутабоев.М.Т*	150
МАССАЖ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА *К.Ю.Латипова*	150

ЎПКА СИЛИ ВА УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗ КОМОРБИД ҲОЛАТИДА ЗАМОНАВИЙТАШХИСЛАШ УСУЛИ *Мавлянов И.К., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К.*	151
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ *Мадаминова М.Ш.*	152
КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА РИНОСИНУСИТА *Мадаминова Н.Э., Улмаосов А.О., Тухтасинов Н.Н.*	152
COMBORBID CHARACTERISTICS IN RHINOSINUSITIS AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE *Madaminova N.E., Ulmasov B.B., Teshaboyev D.A.*	153
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОПЫТ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ *Мадрахимов С.Б., Каримов М.Ю.*	154
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЁМОМ СЕГМЕНТА ST *Мадумаров.И.Т., Муминов М.К., Кучкаров А.М., Саттаров.Р., Ортиков М.М.*	155
ЭПИЛЕПСИЯ И СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ *Маматкулова Н.Ж., Гафуров Б.З, Мусахонов С.М*	155
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЁМОМ ST *Маматкулова Н.Ж., Кодиров Р.И*	156
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ *Маматкулова Н.Ж., Гафуров Б.З, Мусахонов С.М*	156
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ ВА ТАГНАНИСНГ ОРТИҚЧА ВАЗНИ БЎЛИШИНИ ХУСУСИЯТЛАРИ *Маматхужаев З.С., Хужамбердиев М.А.*	157
МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АСТЕНОПИИ Маматхужаев М.С.	157
МЕТОДЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ АСТЕНОПИИ *Маматхужаев М.С.*	158
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА *Маматхужаев М.С.*	159
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСТЕНОПИИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОМ ЗРИТЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ *Маматхужаев М.С.*	160
БЛЕФАРИТЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ *Маматхужаева Г.Н*	160
КОНЪЮНКТИВИТЫ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ *Маматхужаева Г.Н.*	161
ЭПИСКЛЕРИТ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ *Маматхужаева Г.Н.*	162
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ФАКТОРОВ РИСКА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В КОГОРТЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ *Мамедов М.Н.1, Марданов Б.У. 1, Камилова У.К. 2, Деев А.Д. 1*	163
ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ РЕДУКЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОГО КРОВОТОКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ *Маткулиев У.И., Умаров З.З.*	163
ТЎРТКЎЛ ТУМАНИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Матназарова Г.С., Бауетдинова Г.Д., Касимова Д.А., Мустанова Г., Миртазаева Н.*	164
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕБАМИПИДА У БОЛЬНЫХ С НПВС АССОЦИРОВАННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОПАТИЕЙ *Махамадалиев А.Ш, Солиев Д.Қ, Солиев А.Қ*	165
ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ ПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ *Махсумова Д.К., **С**алохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К.*	166

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ 20-69 лет (РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГОИССЛЕДОВАНИЯ) *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Максумова Д.К*	167
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А.*	167
ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВИЧ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХГДЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА СД 4 + -Т- КЛЕТОК В КРОВИ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А.*	168
СТРУКТУРА И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСНОВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А*	168
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ВИЧИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Ахмадалиева У.К., Валиева М.Ю., Турсунова М.А*	169
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА (по данным эпидемиологического исследования) *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К*	170
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХЗАБОЛЕВАНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А., Максумова Д.К.*	170
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙПОПУЛЯЦИИ С ХГДЗ. *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Кодиров Д.А*	171
ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА СРЕДИ ВИЧПОЗИТИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Валиева М.Ю., Максумова Д. К., Кодиров Д.А*	171
ЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ *Махсумова Д.К., Салохидинов З.С., Максумова Д.К., Турсунова М.А*	172
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА *Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К., Султонови Г.И.*	173
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Абдуманапова Р.К., Орипов Ш.Ю., Мавлянов И.К., Султонови Г.И., Батирова Б.Т.*	174
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ *Мирзаахмедова И.З., Тожиддинов Х.С., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И.*	174
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА С ОСТЕОПОРОЗОМ У БОЛЬНЫХ НА РАСПРОСТРАНЕННЫХ СТАДИЯХ *Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И.*	175
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОНЦЕНТРАТА VIII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ А *Мирзаахмедова И.З.*	176
ВЗАИМОСВЯЗЬ МУТАЦИОННОГО СТАТУСА ГЕНОВ JAK2, CALR И MPL С ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ *Мирзаахмедова И.З.*	177
HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME CAUSED BY AMUR HANTAVIRUS: CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGY AND CLINICS *Mirzakarimova D.B.*	177

INFLUENCE OF HEPATOTROPIC VIRUSES AS A COINFECTION ON THE COURSE OF VIRAL HEPATITIS A *Mirzakarimova D.B.*	178
ОБНАРУЖЕНИЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ *Муминов И.А., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Бекташев И.А., Хайдарова Н.Б.*	179
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЗАДАНИЙ НА ВНИМАНИЕ И ПАМЯТЬ У ЛИЦ, РАНЕЕ УПОТРЕБЛЯВШИХ КАННАБИНОИДЫ *Муминов К.К., Хамидова Х.В.*	180
НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТРЕСС-РЕАЛИЗУЮЩИХ СИСТЕМ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ: ТРАНСЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ *Муминов К.К., Хамидова Х.В.*	180
СТРЕСС – ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК *Муминов К.К., Хамидова Х.В.*	181
БОШ МИЯ СЕРОТОНИН РЕЦЕПТОРЛАРИГА НИСБАТАН АУТОАНТИТАНАЧАЛАР МИҚДОРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ГИПОТЕРИОЗ ҲОЛАТИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ *Мўминова Г.А.*	182
ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ ГИПОТЕРИОЗДА БОШ МИЯДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НЕЙРОПРОТЕКТОР ТАЪСИРИНИ УРГАНИШ *Муминова Г.А.*	183
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРКОАГУЛЯЦИОННОГО СИНДРОМА *Мусашайхов У.Х., Каримов Х.Я., Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.*	184
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ *Мусашайхова Ш.М., Каримов Х.Я., Бобоев К.Т.*	185
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ТРОМБОЦИТЕМИИ *Мусашайхова Ш.М., Бобоев К.Т.,Шамсутдинова Д.Б.,[1]* *Мусашайхов У.Х.*	185
NEUROPROTECTION IN NON-PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY. *Mustafaeva M-E.K., prof. Bakhritdinova F.A., Narzikulova K.I.*	187
РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ПРЕДДИАБЕТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ *Мухаммедова В.М.*	188
ОЦЕНКА ПОЧЕЧНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *Мухидов У.Р., Худойбердиев Д.К., Собиров Ш.Ш.*	188
ЮЗ НЕРВИ НЕЙРОПАТИЯСИДА ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ УСУЛИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ *Назарова Г.Т., Камолдинова Д.Б.*	189
THE EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF ELECTRICAL STIMULATION FOR NEUROPATHY OF THE FACIAL NERVE *Nazarova G.T., Kamoldinova D.B.*	190
CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF PROGRESSIVE MUSCULAR DYSTROPHIES *Nazarova G.T.*	191
EPIDEMIOLOGY OF MULTIPLE CHRONIC DISEASES IN THE FEMALE POPULATION OF CHILDBEARING AGE IN ANDIJAN *G. U. Nazarova*	192
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АНДИЖАНА *Г.У. Назарова*	192
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ *Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.*	193
ВЕДЕНИЕ ДОМАШНЕЙ КАРТЫ БЕРЕМЕННЫХ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ *Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б., Худойбердиев Ж.М.*	194

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ **Ў**РГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА *Назарова Г. У., Бойқўзиева М.Б.*	195
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ *Назарова Г.У., Бойкузиева М.Б.*	195
ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ *Насиров М.М., Бойкузиева М.Б.*	196
CLINICAL AND HEMOSTASIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VIBRATION DISEASE WITH ARTERIAL HYPERTENSION *Niyozova Yo M., Yaminova N.Kh., Abduvalieva*	197
АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА *Ниёзова Ё М., Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т.*	198
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ *Ниматов.Ф.С., Ступина Н.В., Азизов.А.М., Валиев.О.Э., Хакимов.А.Д., Махмудов.А.А.*	198
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Ниязов А.Н., Орынбаева С.А.*	199
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ СДВИГОВОЙ ВОЛНЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Ниязов А.Н.*	200
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Ниязов А.Н., Орынбаева С.А.*	200
ГЕПАТОПРОТЕКТИВ ТЕРАПИЯНИНГ ЖИГАР СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШИГА ТАЪСИРИ *Нумонов Х.С Салохиддинов З.С Солиев Д.К*	201
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА СПИРАНОЛАКТОН ВА ЭПЛЕРЕНОННИНГ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ *Нуритдинов Н.А., Закирова Г.А., Камилова У.К., Машарипова Д.Р., Икрамова Ф.А.*	202
УГЛУБЛЕННОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ *Нурмухамедова Р.А., Садырова М.А., Одылова Б.Т.*	202
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА *Ойбекова Г.С., Вахабов Б.М., Камалов Б.Б.*	203
АКТУАЛЬНОСТЬ ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ *Ойбекова Г.С., Олимов А.А., Каримов И.К., Вахабов Б.М.*	204
ИЗУЧЕНИЕ РАННИХ МАРКЕРОВ АТЕРОСКЛЕРОЗА ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЁННОСТЬЮ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ *Олимов А.А.*	205
ВЗАИМОСВЯЗЬ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ *Олимов И.О., Кодирова Г.И., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т., Мадаминов И.*	205
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, ССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19 КОАГУЛОПАТИЕЙ *Орипов О.И.*	206
ТУБЕРКУЛЕЗ КАК АКТУАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА *Орипов Ш.Ю., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К., Батирова Б.Т., Махсумова Д.К., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К.*	207
ЎПКА СИЛИ УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗ БИЛАН КОМОРБИД КЕЛГАНИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИ *Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Хакимова Р.А., Мавлянов И.К., Махсумова Д.К., Абдуманапова Р.К., Султонов Г.И.*	208

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ *Охунжонов Э.Р., Каримов И.К., Ойбекова Г.С., Алижанов М., Вахабов Б.М.*	209
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ЛОБКОВОЙ ЧАСТИ *Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Абдурахмонов А.А.*	210
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ *Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*	210
ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ *Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А., Тошпулатов Б.Х.*	211
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕРРУКАЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК *Пакирдинов А.Б., Фозилов Ф.А., Мухаммаджонова Л.А., Тошпулатов Б.Х.,*	211
АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ *Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*	212
СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ *Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*	212
ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ *Пакидинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*	213
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ *Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.*	213
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМ “ДЕРМОВАЙТ И ИНДОМЕТАЦИН” В СОЧЕТАНИИ С ГЕПАТОПРОТЕКТОРОМ ГЛИЦИРОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА *Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.*	214
ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ *Пакирдинов А.Б., Хаитов К.Н., Алиев Л.М.*	214
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЛИЦИРОН» И МАЗИ ЭПЛАН У ПАЦИЕНТОВ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА *Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.*	215
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПИМЕНЕНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ *Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.*	215
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТЕРБИНОКС» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО – НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ *Пакирдинов А.Б., Эргашбаева Д.А.*	216
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У ПАЦИЕНТОВ БППП *Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З., Абдурахмонов А.А.*	216
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМА «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ *Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.*	217
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ 4 % ГЕЛЬЮ ПЕРМЕТРИН *Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.*	217
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИННАРИЗИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ *Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А.*	218
ГИЁҲВАНДЛАРДА ТРИХОМОНИАЗ КАСАЛЛИГИНИ УЧРАШИ Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А., Абдурахмонов А.А.	218
АЛКОГОЛИЗМ ВА ЧИН ЭКЗЕМА Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Мухаммаджонова Л.А., Фозилов Ф.А.	219

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ФУНГИЦИД КРЕМЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ *Пақирдинов А.Б., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А., Абдурахмонов А.А.*	219
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У ПАЦИЕНТОВ БППП *Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Ботиров К.З., Абдурахмонов А.А*	220
DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR CORRECTION IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES *Primkulova G.N.*	220
DEPRESSIVE CONDITIONS AND THEIR TREATMENT IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE *Primkulova G.N.*	221
EXPERIENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC DISEASE *Primkulova G.N.*	221
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО ГЕНОТИПАМ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АНДИЖАНА *Пулатов Музаффар Эргашевич*	22
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С ПО ГЕНОТИПАМ ЖИВУЩИХ ЛЮДЕЙ ГОРОДА АНДИЖАНА *Пулатов Музаффар Эргашевич*	223
ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ *Равзатов Ж.Б., Жураева М.А., Ашуралиева Н.Д., Бадалов С.Ж.*	223
O'TKIR GASTRITDA ME’DANI HOLATINI FUNKTSIONAL BAHOLASHDA EHOGRAFIYANI IMKONIYATLARI *Rasulova M.M.[1] Nazirov B.P.[2]*	224
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБОВ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ *Расулова М.М.*	225
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ *Расулова М.М.*	226
O'TKIR GASTRITDA ME’DANI HOLATINI FUNKTSIONAL BAHOLASHDA EHOGRAFIYANI IMKONIYATLARI *Rasulova M.M.[1] Nazirov B.P.[2]*	227
ЗНАЧИМОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ЭХОГРАФИЧЕКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ *Расулова М.М.[1], Самибоев Д.Р.[2]*	228
СРАВНЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ИВАБРАДИНА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ *Таштемирова И.М., Рахибжанов А.Р., Узбекова Н.Р., Кодирова Г.И., Усмонов Б.Б.*	228
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И БИСОПРОЛОЛА НА ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ *Рахибжанов А.Р.*	229
ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE *Rakhimov Kh.Kh.*	230
FEATURES OF THE VEGETATIVE REGULATION OF THE HEART RATE OF ARTERIAL HYPERTENSION OF YOUNG AGE *Rakhimov Kh.Kh.*	231
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ БРОНХО ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ *Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.*	232
ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ *Рахимова Д.А., Садыкова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А*	232
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ *Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А*	233

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ ПРИ РАЗВИТИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ *Рахимова Д.А., Фаттаева Д.Р., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А.*	234
ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ. *Рахимова Д.А., Садикова Г.А., Ачилов С.М., Зуфаров М.А*	234
ЁШ БОЛАЛАР, ЎСМИРЛАР, ҲОМИЛАДОРЛАРДАТУРЛИ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДАЭНДЕМИК БЎҚОҚ ХАСТАЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛПАЦИЯСИНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ *М.М.Рахматова*	235
ТУРЛИ ЁШДА СЕМИЗЛИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ТВИ ТЕКШИРИШНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ *М.М.Рахматова*	236
РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ИНСУЛЬТА *Рахматуллаева Г.К., Рустамова М.А.*	237
К МЕТОДАМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СОСУДИСТОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ *Н.И.Рахматуллаева*	238
РИЗАТРИПТАН В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ *Рахматуллаева Н.И., Кодирова Ф.О., Камалова Н.Л.*	238
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОТУЛИНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ *Рахматуллаева Н.И., Камалова Н.Л., Кодирова Ф.О.*	239
SARS-COV-2 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТЛАРИДА МИОКАРДИАЛ ДИСФУНКЦИЯНИ БАХОЛАШДА СТРЕЙН-ЭХОКАРДИОГРАФИЯНИНГ ЎРНИ *Розиходжаева Г.А.[1,3], Мардиев А.А.[2], Жураев О.Р.[1], Розиходжаева Ф.А.[3]*	240
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН *Рустамов У.М., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.*	241
ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ *И.К.Рустамова, И.А.Аббосова, М.З.Жалалова, Х.Ш.Рустамов*	241
ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ *И.К.Рустамова, И.А.Аббосова, С.А. Касымова, М.З.Жалалова*	242
ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА ФОСФОЛИПИДЫ СЕРДЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ (экспериментальное исследование) *Садыкова Г.А., Рахимова Д.А.*	243
СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФРАКРАСНОГО СВЕТА ОТ ЛАМП С КЕРАМИЧЕСКИМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ. (экспериментальное исследование) *Садыкова Г.А., Рахимова Д.А., Рахматуллаев Х.У.*	244
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ *Садикова И.Я.*	245
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА *Садикова И.Я.*	246
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ *Садикова М.А., Маматкулова Н.Ж*	247
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИГРАЦИИ ЯДРЫШЕК ИЗ ЯДРА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ *Садриддинов А. Ф., Исаева Н. З., Каххоров З. А.*	247
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНИХ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ *Бадалов С.Ж., Жўраева М.А., Солиев Д.Қ.*	248

ЎЗБЕКИСТОНДА САЛЬМОНЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Саидкасимова Н.С., Миртазаев О.М., Матназарова Г.С.*	249
ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Салахидинов А.С., Мамасолиев Н.С., Каримов У.Б.*	250
CLINICAL AND TREATMENT PROPERTIES OF RHINOSINUSITIS *Salioxunova X.O., Ulmasov A.O., Tuxtasinov X.O.*	251
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА И МОЛОЖЕ 25 ЛЕТНОГО ВОЗРАСТА *Салиев К.К, Салиев А.К., Салиев Д.К*	252
БИРЛАМЧИ ТЕКШИРУВДАН СЎНГ АРТЕРИАЛ ҚОН БОСИМНИ ҚАЙТА ЎЛЧАШНИНГ ДИАГНОСТИК АҲАМИЯТИ *О.Салоҳиддинов*	253
СКРИНИНГ ТЕКШИРУВИНИ ЎТКАЗИЛИШИГА ҚАТНАШУВЧИ ШИФОКОРЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ (артериал гипертония профилактикаси мисолида) *О.Салоҳиддинов*	254
ЧАСТОТА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ *А.Салахидинов, Г.Тошматова*	254
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ *А.Салахидинов, Г.Тошматова*	255
ҚИШЛОҚ ШАРОИТИДА АРТЕРИАЛ ГИПЕРТОНИЯНИ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ САМАРАДОРЛИГИНИ ОНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ *О.Салоҳиддинов, Г.Тошматова*	255
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА *Салахидинов А.С., Мамасалиев Н.С., Каримов У.Б.*	255
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИОДОНТА *Саматов У.А.*	256
ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ БОЛЕЗНЯХ КРОВИ И КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ *Саматов У.А.*	257
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ *Сапаева З.А., Рахимова Г.П*	258
МОНИТОРИНГ С ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С *Собиржонов И. Т.Солиев Д.К, Ахмадалиева У.К.*	258
ARTERIAL MYOCARDIAL REVASCULARIZATION DURING ISCHEMIC HEART DISEASE IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE *Sodikova D.T.*	260
A NEW APPROACH TO CORRECTIONAL INSUFFICIENCY CORRECTION IN ELDERLY PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION *Sodigova D.T.*	260
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МАКРОФАГАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ ВНЕОСТРОВКОВЫХ ИНСУЛИН-ПОЗИТИВНЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ВТОРОГО ТИПА *Соколова К.В.[1], Гетте И.Ф. [1], Данилова И.Г.[1, 2]*	262
ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ *Солиев А.К., Линцов А.Е, Солиев Д.К., Солиев К.К, З.С.Салохиддинов*	263
ГРУНТОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА *Солиев.И.М., Бутабоева.М.М., Минаваров.Р.А., Қосимов.И.У.*	264
DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS *Solomonnik O.N.*	264
ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В и С У НАРКОМАНОВ *Соломонник О.Н.*	265

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ *Султонов Г.И., Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Батирова Б.Т., Абдуманапова Р.К., Мавлянов И.К., Махсумова Д.К.*	266
THE USE OF MICRONIZED PROGESTERONE FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF RECCURENT MISCARRIAGE ON THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY *Sultonova N.A.*	267
ОПЫТ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ *Ташматова Г.А.*	267
YURAK ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARDA O'SOK KECHISH XUXUSIYSTALARI *Toshmatova G.A.*	268
ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОГО ПРОИЗВОДСТВА *Ташмухамедова М.К.*	269
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ АКТУАЛНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ *Тишабаева Н.А., Исакова Н.Р., Махмудова Н.А.*	270
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА *Тожибоева Ё.Р.*	272
ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ И СТРЕССАХ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ *Тожибоева Ё.Р.*	273
ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК СТРОМЫ КОСТНОГО МОЗГА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ *Тожиддинов Х.С., Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К., Ахмедова Х.Ю.*	274
РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И ПРИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ *Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю., Хамидова М.И., Мирзаахмедова И.З., Якуббекова М.К.*	275
МИССИСИПСКАЯ ШКАЛА» ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР) *А.М.Тураходжаев.Э.М.Галимова*	276
ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (ПТСР), АДАПТИРОВАННОГО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В Р.УЗБЕКИСТАН *А.М.Тураходжаев.Э.М.Галимова.*	277
ВНЕПИШЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСНОЙ БОЛЕЗНИ *Каледа С.П., Турсункулова.Х.О., Комилжонов Ш.Ш.*	278
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Турсунова М.А.*	279
VIRUSLI GEPATIT S KASALLIGINING TURLI YUQISH YO'LLARI *Tuxtanazarova N.S.*	280
VIRUSLI GEPATIT S NING TURLI YOSHLI AHOLI POPULYASIYASIDA UCHRASHI *Tuxtanazarova N.S.*	281
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ «КУРАШИСТОВ" *Тохтиев Ж.Б., Ерёмушкин М.А. М.Т.Бутабоев*	282
КАРДИОМИПАТИЯ ТАКОТСУБО: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ *Усманов Б.Б., Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А.*	283
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА *Узбекова Н.Р., Туйчибоев М., Саттаров О., Рахимова С., Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.*	283

РАСТВОРИМЫЙ ФИБРИН-МОНОМЕР У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ *Узбекова Н.Р., Саттаров О.Х, Туйчибаев М.М., Рахимова С.Р., Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.*	284
ДОЛГОСРОЧНАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ *Узбекова Н.Р., Рахимова С.Р., Туйчибаев М.М., Саттаров О.Х, Усманов Б.Б., Хужамбердиев М.А.*	285
O’PKANING SURUNKALI OBSTRUKTIV KASALLIGIDA RINOSINUSITNING KECHISHI *Ulmasov A.O., Tuxtasinov N.N., Rustamov A.A.*	285
ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМБОРБИДА ПРИ РИНОСИНУЗИТЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ *Ульмасов Б.Б., Салиохунова Х.О., Мадаминова Н.Е.*	286
RINOSINUSITITNING KLINIKASI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI *Ulmasov A.O., To’xtasinov N.N., Rustamov A.A., Abdumutalipov U.S.*	287
МЕТОДЫ FESS ПРИ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТАХ *Умаров Р.З.*	288
ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ГРИБКОВЫХ РИНОСИНУСИТАХ *Умаров Р.З.*	289
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ *Умарова М.П., Усмонов Э.Б., Садикходжаев С.Ш., Гуломкодиров М.М., Хамдамов С.У.*	290
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ *Умарова М.П., Гуломкодиров М.М., Усмонов Э.Б., Хамдамов С.У., Садикходжаев С.Ш.*	291
ТЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ *Умарова М.П., Хамдамов С.У., Садикходжаев С.Ш., Усмонов Э.Б., Гуломкодиров М.М.*	291
ВТОРИЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН *Урунова Д.М.,[1] Матназарова Г.С.,[2] Уббиниязова К.Т.,[2] Кадирбергенова С.Ж.,[2] Брянцева Е.В.,[2] Адилбаева Г.М.[3]*	292
ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО СТРЕПТОКОККОВОГО ТОНЗИЛЛИТА *Усманова Э.М.*	293
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ ВЫЗВАННОЙ *STREPTOCOCCUS PYOGENES.* *Усманова Э.М.*	294
БИРЛАМЧИ ТИББИЙ САНИТАРИЯ ЁРДАМИ МУАССАСАЛАРИДА АХОЛИ ЎРТАСИДА СЕМИЗЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ИШЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ *Усманова Я.Ғ.*	295
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИКА ШАРОИТИДА 40 ЁШДАН ЎТГАН АЁЛЛАР ЎРТАСИДА ОСТЕОАРТРОЗ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА –ТАДБИРЛАРИ *Усманова Я.Ғ., Назарова Г.У., Мадумарова З.Ш., Худойбердиев Ж.М.*	296
АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН ЭРКАКЛАРДА ГИПЕРУРИКЕМИЯНИ КАЙД ЭТИЛИШ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИ *У.И.Усманова, И.А Мирабдуллаев, У.К. Ахмадалиева*	297
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И., Юсупалиева Г.М.*	297
УТКИР МИОКАРД ИНФАРКТИНИ УПКАНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОГРИГАН БЕМОРЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШИНИ УЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ *Устабаев Х.Х., Ибрагимова Г.Н, Абдусаматова Ш.А,*	298
СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ – ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ *Утанов.З.М., Бутабоев.М.Т., Исаков К.К.*	299
КОМПРЕССИОННЫЕ КОРЕШКОВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ДОРСОПАТИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.*	299

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ *Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.*	300
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ В ПРИ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА И ЕГО КОРЕШКОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ *Хакимов Р.Х., Рахматуллаева Н.И., Усманов Ш.У.*	301
ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА МЕТОДОМ МИКРОСКОПИИ *Хакимова Р.А., Махсумова Д.К., Батирова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Султонов Г.И., Абдуманапова Р.К., Мавлянов И.К.*	302
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ *Хакимова Р.А., Орипов Ш.Ю., Махсумова Д.К., Батирова Б.Т., Султонови Г.И., Мавлянов И.К., Абдуманапова Р.К.*	303
ПЕРФТОРУГЛЕРОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ *Хамдамов Бахтиёр Зарифович[1]., Газиев Карим Умарович[2]., Деҳқонов Азиз Ташпулатович[3]., Хамдамов Алишер Бахтиёрович[4].*	304
ПРЕПАРАТ АЛЕЗИН В ТЕРАПИИ ОСТЕОФОЛЛИКУЛИТОВ *Хамидов Ф.Ш., Турсунбоева М.Т.*	305
ТЕРАПИЯ ВИТИЛИГО ПРЕПАРАТАМИ УГРИНОЛ И ОЗОНИУМ *Хамидов Ф.Ш., Абдувалиев Б.Ш., Хамидова М.З.*	306
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ «МЕТРОВИТ» И «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ И ПАРАТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ *Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Пулатов Б.Т., Ганиев М.*	307
КОЛОСПАС ФИБРО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ И ПИОДЕРМИЙ *Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Турсунбоева М.Т*	307
РОЛЬ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ *Хамидова М.И., Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Ахмедова Х.Ю.*	308
РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОТРОМБОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА *Якуббекова М.К., Мирзаахмедова И.З., Хамидова М.И., Тожиддинов Х.С., Ахмедова Х.Ю.*	309
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК *Хамраев О.А., Садикова Д.И., Рустамов У.М., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А. Мамаризаев А.А.*	310
EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH DEEP DEPRESSION WHO HAVE BEEN HAVING MYOCARDIAL INFARCTION *Kholikova D.S*	310
INFLUENCE OF LOW INTENSITY LASER RADIATION ON SOME HEMODYNAMIC INDICATORS IN PATIENTS WITH DISEASES CAUSED BY ATHEROSCLEROSIS *Kholikova D.S.*	311
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.*	312
БЕМОРЛАР ОВҚАТЛАНИШ ТУРИ ВА ТАРТИБИНИ ХИСОБГА ОЛГАН ХОЛДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ МЕТАБОЛИЗМИГА ТАЪСИРИ *Холикова Д.С., Жўраева М.А., Ашуралиева М.А., Ашуралиева Н.Д., Очилдиев Ж.З.*	312
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНТАКТНОЙ ТРАНССКЛЕРАЛЬНОЙ ДИОД-ЛАЗЕРНОЙ ЦИКЛОКОАГУЛЯЦИИ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОВЫШЕННОГО ОФТАЛЬМОТОНУСА ПОСЛЕ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ *Веприцкая Е.В., Жулиева.Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.*	313
ИНСОН ХУЛҚИ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ *Худайбердиев Ж.М.*	314
ОИЛА ШИФОКОРИ ФАОЛИЯТИДА МЕТАБОЛИК СИНДРОМ *Худайбердиев Ж.М*	314
ОИЛА ШИФОКОРИ АМАЛИЁТИДА АЁЛЛАРДА АСОРАТСИЗ СИЙДИК ЙЎЛИ ИНФЕКЦИЯСИ ХАСТАЛИКЛАРИ НИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ *Худайбердиев Ж.М*	315
СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ – САЛОМАТЛИК МЕЗОНИ *Худайбердиев Ж.М.*	316

ОИЛА ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ СИФАТИНИ ОШИРИШ *Худайбердиев Ж.М.*	317
ТЕСКАРИ АРТЕРИАЛ ПЕРФУЗИЯ СИНДРОМИ ТАШХИСИДА УЛТРАТОВУШ ДОППЛЕРОГРАФИЯСИ УСУЛИНИНГ ЎРНИ *Хужакулов О.А.1, Нормурадова Н.М.2*	317
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ И КАТАЛАЗЫ ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА *Хужамбердиев М.А., Маматхуджаев З.С., Вахабов Б.М.*	318
ПЛЕЕТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ СТАТИНОВ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК *Хужамбердиев М.А., Вахабов Б.М., Ойбекова Г.С., Усманов Б.Б.*	319
МЕДИАНА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ *Шамсутдинов В.А., Юлдашева Н.Э*	320
ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ ВТОРИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ *Шахобиддинов Н.В., Юлдашева Н.Э.*	320
ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА *Шербоева М.Х.*	322
ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ *Шербоева М.Х.*	323
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ VIII ФАКТОРА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ И ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ А *Шокирова Г.К., Ахмедова Х.Ю., Абдувахопова Н.Р., ДелкашеваШ.Дж., Гофурова Л.М.*	323
ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОФИЛИЧЕСКИМИ АРТРОПАТИЯМИ В УЗБЕКИСТАНЕ *Шокирова Г.К., Делкашева Ш.Д., Абдувахопова Н.Р., Ахмедова Х.Ю., Гофурова Л.М.*	324
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УГЛЕВОДОВ РАСТЕНИЯ LAGOCHILUS INEBRIANS *Эгамбердиев Ж.Ж.*	325
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИКОРАСТУЩЕЙ И КУЛЬТУРНОЙ ФОРМ LAGOCHILUS INEBRIANS *Эгамбердиев Ж.Ж.*	325
ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР ВА ЁШИ КАТТА БЕМОРЛАРДА ЧОВ ЧУРРАСИ БИЛАН АМАЛИЁТЛАРИДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯНИ КУЛЛАШ *Эралиев М.Й., Рафиков М., Кулдошев Д.Т.*	326
СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА АМАЛИЁТЛАРИДА СПИНАЛ АНЕСТЕЗИЯ ОСТИДА ЛЮМБОТОМИЯ ВА МИНИЛЮМБОТОМИЯ УТКАЗИШ *Эралиев М.Й., Рафиков М.*	327
ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ *Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.*	327
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА *Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.*	328
СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА *Эргашев Ш.К., Рахматуллаева Н.И.*	329
СОЗДАНИЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЭВМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ COVID-19 *Эргашева З.А., Абдурахимов А.Х., Хегай Л.Н., Сайфуллаева С.А., Асланов М.Н., Аскаров О.О.*	330
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *Эргашева Н.М., Акбарова Р.К., Комилов И.Г., Ганиев С.С., Исмаилов Д.А.*	331
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАБОТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ С ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМИ ЦЕЛЯМИ *Эргашева Н.М., Исмаилов Д.А, Акбарова Р.К., Комилов И.Г., Ганиев С.С.*	332
ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ *О.О. Эшонхужаев., Т. Абдуназаров., З.О. Косимов*	333
НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ПРИСТРАСТИЯ *О.О.Эшонхужаев, Т. Абдуназаров, Д.Ф. Зияева, А.Н. Халилов*	333

APPLICATION OF CLOPIDOTHEATER IN PATIENTS ISCHEMIC HEART DISEASE *Yuldashev R.N.*	334
ASSESSMENT IN MEN AT PRIMARY DIAGNOSIS INITIAL STAGES OF HYPERTENSIVE DISEASE *Yuldashev R.N.*	335
КАТТАЛАРДАГИ КОРОНОВИРУС COVID-19 НИНГ МАХСУС ПРОФИЛАКТИКАСИ *Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.*	335
ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ *Юлдашев Я.М., Соломонник О.Н.*	336
СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ГЕЛЬМИНТОЗЛАР БИЛАН ХАМРОХЛИКДА КЕЧГАНДА ДАВОЛАШНИ УЗИГА ХОСЛИГИ *Юлдашев Я.М.,*	337
КОРОНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДА COVID-19 КЕЧИШИ ВА КОВИДДАН СЎНГГИ СИНДРОМ *Юлдашев Я.М, Соломонник О.Н.*	338
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ *Юнусова З.В., Йулдошев А.А.С.*	339
ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ *Юнусова З.В.*	339
THE IMPORTANCE OF EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION *Yunusova Z.V.*	340
ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ *Юсупов А.Г., Кодирова Г.И., Узбекова Н.Р., Таштемирова И.М., Уктамов Н.Т.*	341
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ *Веприцкая Е.В., Жулиева .Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г. А.*	342
12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЙ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ *Веприцкая Е.В., Жулиева Ю., Кудратова Д.Я., Юсупова Ш.К., Чартакова Х.Х., Хотамова Г.А.*	343
СОСТОЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ	343
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАБОТКИ ПУПОВИННОЙ КРОВИ В ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ЦЕЛЯХ *Якуббекова М.К., Тожиддинов Х.С., Мирзаахмедова И.З., Хамидова М.И., Ахмедова Х.Ю*	344
EFFICIENCY OF THE STUDY OF ETIOTROPE AGAINST V + D VIRUS CHRONIC HEPATITIS VIRUS *Yakubova R.M., Valieva N.M.*	345
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭТИОТРОПА ПРОТИВ ВИРУСОВ V + D ВИРУС ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА *Якубова Р.М., Валиева Н.М.*	346
КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниёзова Ё М.*	347
СОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ *Яминова Н.Х., Абдувалиева Г.Т., Ниёзова Ё М.*	348
II-ONALIK VA BOLALIK MUXOFAZASI	**350**
НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА *Далимова Шоирахон Касимджановна*	351

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Далимова Шоирахон Касимджановна*	351
DIAGNOSTIC MEASURES OF SEASONAL FORM OF ALLERGIC BRONCHITIS IN CHILDREN *Abdullaeva D.A.*	352
ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ *Абдувалиев Нодирбек Абдухошим ўғли*	353
СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРАВИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ *Абдуллаев Сардор Солижон Ўғли*	353
РЕАБИЛИТАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ *Абдуллаев Сардор Солижон Ўғли*	354
PECULIARITIES OF VEGETATIVE STATUS IN HEALTHY ADOLESCENTS WITH HYPERTONIC CONDITIONS *Abdullaeva D.A.*	355
СОСТОЯНИЕ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ *Абдуллаева Д.А.*	356
ОЦЕНКА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА У ДЕТЕЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА *Абдуллаева Д.А.*	357
REHABILITATION OF FREQUENTLY AND LONGLY DISEASED RESPIRATORY DISEASES IN YOUNG CHILDREN *Abdullaeva M.E.*	357
RISK GROUPS IN CHILDREN FROM YEARLY AGE *Abdullaeva M.E.*	358
ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ *Абдуллаева Шахноза Нурилла Кизи*	358
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ *Абдуллаева Шахноза Нурилла Кизи*	359
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СПКЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОМ ЙОДОДЕФИЦИТОМ *Абдуллажонова С.А., Асранкулова Д.Б.*	360
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ *Абдулхакова Р.М.*	361
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА, ЛЕЧЕНИЕ *Абдулхакова Р.М.*	361
ВЛИЯНИЕ МЕСТНЫХ ПРОБИОТИКОВ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДО 6 МЕСЯЦА *Абдумухтарова М.З., Ибрагимова Х.З., Гофурова Х.З.*	362
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ *М.А.Абдурахманова*	363
ЗНАЧЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ *М.А.Абдурахманова*	363
ПОРАЖАЕМОСТЬ КАРИЕСОМ И УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ У ДЕТЕЙ *М.А.Абдурахманова*	364
ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ *Абдурашидов Абдурауф Абдурашид угли*	364
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ *Абдурашидов Абдурауф Абдурашид угли*	365
БЕРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ *Абдусалимова Ш.А.*	366
БЕРЕМЕННОСТЬ И ИММУНИТЕТ *Абдусалимова Ш.А.*	367
SYSTEM FOR PREVENTION AND EARLY TREATMENT OF POSITIVE BLEEDING IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN *Avezova G.*	368

TACTICS OF MANAGING PATIENTS WITH ENDOMETRIC PATHOLOGY IN THE BACKGROUND OF ADJUVANT THERAPY OF BREAST CANCER IN THE POSTMENOPAUSE *Avezova G*	369
КОНЦЕНТРАЦИЯ D-ДИМЕРА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ *Адизова С.Р., Иброхимова Д.Б., Ихтиярова Г.А.*	370
ПОКАЗАТЕЛИ ПИКОВОЙ СКОРОСТИ ВЫДОХА У ЗДОРОВЫХ И У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ *Адилова Г.Р.*	371
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Адилова Г.Р.*	372
ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ *Айнутдинова Н. (Маманазарова Н.)Мамажонова С.О.*	372
ОФТАМАЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА *Акбарова Г.Х.*	373
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ *Акбарова Р.М.*	373
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА *Акбарова Р.М*	374
СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕРМАЛЬНОГО БАРЬЕРА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРНЕОТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ *Акбарова Р.М.*	375
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ *Акбарова Р.М.*	376
ҚИЗИЛЎНГАЧ ВА ОШҚОЗОН ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТГАН БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ *Акилов Х.А.,Абдувалиева Ч.М*	377
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ *Алижанов А.А., Каримбаев Ш.Т., Зуфарханов А.М., Тургунов М.Х.*	378
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИДАГИ ИСЛОҲОТЛАР *Алимова Г.М., Махмудова Б.Ш.*	379
ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ *Алимова Г.М., Солиева М.О.*	379
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ *Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш., Кодиров К.З.*	380
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ *Аллаев М.Я, Гафуров А.А., Одилов Х., Шевкетова Л.Ш., Халилов Ш.К., Кадиров К.З.*	381
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Арзикулов А. Ш. , Арзибеков А.Г., Арзикулова Д.А.*	382
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРИ НЕКОТОРЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ *Арзикулов А. Ш., Арзибеков А.Г., Махсумов М.М., Арзикулова Д.А.*	383
МАРКЕРЫ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА *Арзикулов А.Ш., Арзибеков А.Г., Махсумов М.М.*	384
ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ *Арзикулова М.Ш., Шукуров Ш.Ш.*	385
ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ ОСЛОЖНЕННОЙ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. *Арзикулова Д.А. Арзибеков А.Г., Арзикулов А.Ш.*	386
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА *Асранкулова Д.Б.*	387

ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ *Асранкулова Д.Б.*	387
НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ *Асранкулова Д.Б.*	388
ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ *Асранкулова Д.Б.*	389
ЗНАЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Ахмадходжаева М.М., Мирмухамедов Б.Б.*	390
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ЭКСФОЛИАТИВНЫМ ХЕЙЛИТОМ *Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.*	391
КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА *Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.*	392
ПРОФИЛАКТИКА ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ *Ахмедов М.У., Муйдинова Б.А.*	393
ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ *Ахмедов Ф.Қ., Файзиев М.М.*	394
ГЕМАНГИОМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ *Ахрорхонов Р.А.*	394
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РАЗЛИЧНОГО ТИПА *Ахрорхонов Р.А.*	395
КОПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.*	396
ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ *Ашуралиева М.А.*	396
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛИЦИВИРУСНОИ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ *Ашуралиева М.А.*	397
ВИДЫ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ РОДОВ *Бабаджанова Г.С., Хашимова Д.Б.*	398
FEATURES OF MYOCARDIAL ADAPTATION IN CONGENITAL HEART DEFECTS IN CHILDREN LIVING IN THE ARAL REGION *Agzamova Sh.A., Babadjanova F.R.*	399
INFLUENCE OF ADAPTATION LEVEL ON FUNCTIONAL INDICATORS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF CHILDREN IN SOUTHERN ARAL REGION *Khudayberganov M.R., Babadjanova F.R*	400
ПРЕЭКЛАПСИЯ, ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ *Бабажанова Г.С., Гаипова Н.М.*	400
ОСОБЕННОСТИ ПРЕБИОТИЧЕСКОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ РАЦИОНОВ ПИТАНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ *Базарова М.У., Урмонжонов Н.Ф*	401
ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОГНОЗУ *Бахавадинова З.М.*	402
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ *Бахавадинова З.М.*	403
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ – СИНДРОМ ЛОУ *М.М.Болтабоева, М.Ш.Ганиева, Л.К.Рахманова*	403
ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Ганиев Абдураҳид Ганиевич*	404

РАСПРОСТРАНЕНОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ГЕОЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ *Ганиев Абдурашид Ганиевич404*	404
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ *М.Ш.Ганиева, Д.Н.Муродиллаев, Н.М.Маджидова*	405
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ *М.Ш.Ганиева, М.М.Болтабоева, Н.М.Маджидова, Д.Н.Муродиллаев*	406
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ - НЕФРОНОФТИЗ ФАНКОНИ *М.Ш.Ганиева, Л.К. Рахманова, М.М.Болтабоева, Н.М.Маджидова*	407
EARLY STAGE DIAGNOSTICS OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL COMPLICATIONS IN GYNECOLOGY *Gafurova Sh.M.*	408
PREVENTION OF PREGNANCY COMPLICATIONS IN WOMEN OPERATED FOR OVAR APOPLEXIA *Gafurova Sh.M.*	409
РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ *Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Валиева К.Н., Салиева Н.И.*	410
РОЛЬ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ *Джураев А.М., Халимов Р.Дж., Рахматуллаев Х.Р., М.Э. Ирисметов*	411
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ *Джураева Х.З.*	412
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ *Джураева Х.З.*	412
ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ *Джураев А.М., Усманов Ш.У., Эргашев Б.Н., Абдурахманов Б.А.*	413
СОВРЕМЕННОЕ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕЗАБОЛЕВАНИЙ ГИНГ ИВИТА У ДЕТЕЙ *Абдувалиев Нодирбек Абдухошим ўғли*	414
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Далимова Ш. К.*	415
ИНТРАЗОНАЛЬНОСТЬ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮШЕСЯ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ *Далимова Ш. К.*	416
КЛИМАКС ДАВРИДАГИ ОСТЕОПОРОЗГА МОЙИЛ АЁЛЛАРНИ МАЖМУАВИЙ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ УСУЛЛАРИ *Зарипова Д.Я.*	417
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ *Д.Ф. Зияева, Н.К. Латипова, Ф.Т. Усманова, З.О. Косимов*	417
РАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКОЙ ОТОРИНОЛОРИНГОЛОГИИ *Д.Ф. Зияева, О.О. Эшонхужаев, Ф.Т. Усманова, З.О. Косимов*	418
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ *Зокиров Б.К., Азизова Н.Д.*	419
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ *Зокиров Б.К., Азизова Н.Д.*	420
КОМОРБИДНОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ *Зокиров Б.К.*	421
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ ПРИ СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДЕТЕЙ *Зокиров Б.К., Азизова Н.Д.*	422
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ *Ибатова Ш.М., Исламова Д.С., Ачилова Ф.А.*	423
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ *Ибрагимова С.Р.*	424

ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННОМУ ПРИ ОСТРОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В *Ибрагимова С.Р.*	425
РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С У БЕРЕМЕННЫХ *Ибрагимова С.Р.*	425
ASSESSMENT OF SURGICAL GAMMA DETECTORS FOR LOCALIZATION OF SIGNAL LYMPHONOSIS IN CERVICAL AND VAGINAL CANCER *Isakova D.B.*	426
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ *Исакова Д.Б.*	426
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН И ИХ ФАКТОРЫ РИСКА *Исакова Д.Б.*	427
NEW OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF HPV-ASSOCIATED LESIONS OF THE UTERINE CERVIC *Islamova Z.K.*	428
OPTIMIZATION OF EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HPV-ASSOCIATED PRECANCERAL DISEASES OF CERVICAL CANCER COMBINED WITH PAPILLOMAVIRAL INFECTION *Islamova Z.K.*	430
ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ДЕВОЧЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ГИМНАСТИКОЙ *Исматова Мохинур Изатиллоевна*	430
ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ *Йулчибоева В.Л., Асранкулова Д.Б.*	432
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСАПРИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА *Йулчибоева В.Л., Асранкулова Д.Б.*	433
СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ *Кадиров Х.С.*	434
СИМУЛЯЦИОННЫЕ МЕТОДИКИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ И В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРИИ *Кадиров Х.С.*	435
СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ НА ПРИМЕРЕ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ АГМИ *Кадиров Х.С.*	435
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО НАПРВЛЕНИЮ ПЕДИАТРИИ *Кадиров Х.С.*	436
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ *Камилджанова Г.И. Асранкулова Д.Б.*	437
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ *Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т.*	438
БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ГИПОКСИК ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ *Каримов Б.Б.*	439
БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ГИПОКСИК ИШЕМИК ЎЗГАРИШЛАРИДА ТАЛВАСА СИНДРОМИНИНГ АСОРАТЛАНИШИ *Каримов Б.Б., Каримова Н.З.*	439
ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ (ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ) *Каримов Д.К.*	440
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ *Каримов Д.К.*	441

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ *Каримова А.А.*	441
ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ *Каримова А.А*	442
ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Каримова Н.А., Ибатова Ш.М.*	443
МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Касимова Г.З.*	444
ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Касимова Г.З.*	444
СИНДРОМ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ БРОНХОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКЗОГЕННЫХ И ЭНДОГЕННЫХФАКТОРОВ *Касимова Г.З.*	445
АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИГИ БОР БЎЛГАН БОЛАЛАР ОРАСИДА ГЕЛМИНТ ПАРАЗИТЛАРНИНГ УЧРАШИ *Касимова Мавжуда Барноевна.*	445
СПИРОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ КОРСЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ *Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Шоматов Х.Ш., Байимбетов Г.Дж., Эдилов У.А., Ни Г.В.*	446
МАРГИНАЛЬНОЕ ПАРОДОНТИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Кохоров Мансуржон Кодирович*	447
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ *Кодирова Н., Садикова М.П*	448
СРЕДСТВА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗРЕНИЯ *Кузиев Д.В.*	449
АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧУ - ДЕТСКОМУ ОНКОЛОГУ *Кузиев Д.В.*	450
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ КРИЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ *Кузиева Г.А.*	450
ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ *Кузиева Г.А.*	451
ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОЦЕНКА РОДОВ И АНТИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ *Курбонова Ш.У. Асранкулова Д.Б.*	452
ПОСТНАТАЛЬНЫЙ МОРФОГЕНЕЗ СЕМЕННИКОВ У ПОТОМСТВА, ПОЛУЧЕННОГО В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГИПОТИРЕОИДИЗМА У МАТЕРИ *Мадаминова Г.И., Турсунметов И.Р., Азизова Ф.Х., Шермухамедов Т.Т., Сабирова Д.Р., Мирзамухамедов О.Х*	453
КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ *Мамадалиева М.М.*	454
ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ ВУ БЕРЕМЕННЫХ *Мамаджанова Ш.К.*	455
ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ *Мамаджанова Ш.К.*	455
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СКРИНИНГУ, ПРОФИЛАКТИКЕ, ТЕРАПИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ И «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ НЕЁ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ" *Мамадиева М.С.*	456

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ПАЦИЕНТОК ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ В УСЛОВИЯХ И «КОНЕЧНЫХ ТОЧЕК» ОТ НЕЁ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ" *Мамадиева М.С.*	457
АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ *Мамажанова С.О.*	458
ЗНАЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ В РЕГУЛЯЦИИ СКОРОСТИ КИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА *Мамажонов У.Ш., Тошбоев Ш.О.*	459
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА *Мамажонов У.Ш.*	460
ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ *Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.*	461
ПРОФИЛАКТИКА НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ *Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.*	461
ИНТЕРЦЕПТИВНОГО ТЕРАПИИ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ *Мамажонов Ф.С., Саматов У.А.*	462
ТЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИИ *Мамажонова С.О.*	463
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВЛАГАЛИЩЕ *Мамажонова С. О.*	464
HOMILADOR AYOLLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KLINIK NAMOYON BO‘LISHI *Mamadjanova SH.K.*	465
HOMILADORLARDA VIRUSLI GEPATIT S NING KECHISHI *Mamadjanova SH.K.*	466
ЭНТЕРОБИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНИШНИНГ ТАҲИЛИ ВА 14 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ОРАСИДА ТАРҚАЛГАНЛИГИ *Матякубов М.Б., Расулов Ш.М.*	466
ОСОБЕННОСТИ ИМПЛАНТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЕЙ ИОЛ У ДЕТЕЙ *Махмудов О.М., Бузруков Б.Т., Исламов З.С.*	467
РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ МЯГКИХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ У ДЕТЕЙ *Махмудов О.М., Бузруков Б.Т., Исламов З.С.*	468
ПРОФИЛАКТИКА СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ *Махмудова Б.Ш. Инакова З.Т.*	468
СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ *Махмудова Б.Ш. Абдумўталов Шахзодбек*	469
`КАСАЛЛИКЛАР ВА УНГА ҚАРШИ КУРАШ *Махмудова Б.Ш. Урманжонов Насибилло*	470
БОЛАЛАРДА ФОН КАСАЛЛИКЛАРИНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ *Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М.*	470
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРГА ДАВО ЧОРАЛАРИ *Махмудова Б.Ш. Фозилжонова Нодира*	471
ПРЕДПОЧТЕНИЯ И ВЫБОР РЕБЕНКА В ОТНОШЕНИИ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ *Махмудова М.С., Эм А.В.*	472
ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА *Махпиева Г.К., Азизова Н. Д., Шамсиев Ф. М*	473
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ *Махпиева Г.К.*	474
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ОЖИРЕНИЕМ *Махпиева Г.К.*	474
НОВЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ *Махсудова Х.Ф.*	476

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРГЛИКЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ *Махсудова Х.Ф.*	476
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ *Махсудова Х.Ф.*	477
ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У МЛАДЕНЦЕВ: АЦИНАРНАЯ, АЛЬВЕОЛЯРНАЯ И АЛЬВЕОЛОКАПИЛЛЯРНАЯ ДИСПЛАЗИЯ *Махсудова Х.Ф.*	478
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ *Махсудова Х.Ф.*	479
PREVENTION MEASURES OF PREGNANCY COMPLICATIONS ON THE BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS *Mirzaabdullahozhiyeva O.U., Zufarova Sh.A.*	480
CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C AND PREGNANCY: FEATURES OF THE COURSE AND PERINATAL OUTCOMES *Mirzaabdullahozhiyeva O.U., Zufarova Sh.A.*	481
МАРГИНАЛЬНОЕ ПАРОДОНТИТУ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Муйдинова Барно Аскаровна*	482
КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ *Д.Н.Муродиллаев, М.Ш.Ганиева,Н.М.Маджидова*	483
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЖЕНЩИН С ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ *Нажмитдинова Д.А., Ахмедова Н.М.*	483
ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕВУШЕК ШКОЛЬНИЦ *Назаров Комил*	484
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ *Назаров Комил Дадаевич*	485
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ИММУНИТЕТА *Назаров Камил Дадаевич*	485
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: BEMORLARNI DAVOLASH VA OLDINI *Nazirova Z.M.*	486
ENDOMETRIYNING GIPERPLASTIK JARAYONLARI: KLINIK-MORFOLOGIK JIHATLARI, PROGNOSTIK ME'ZONLARI *Nazirova Z.M.*	487
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ *Назирова З.М.*	488
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОК С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ *Назирова З.М.*	489
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В ЭНДОМЕТРИИ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ *Назирова З.М.*	490
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ *Назирова З.М.*	490
DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF DETERMINING PARTSIAL OXYGEN PRESSURE IN VENOUS BLOOD IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA *Nasirova F.Zh.*	491
GENETIC ASPECTS OF THE FORMATION OF THE POSTOPERATIVE ADHESION PROCESS AND ITS PREDICTION *Nasirova F.Zh.*	492
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ *Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш.*	493

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЕНИЯ У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ *Нишонова Д.А., Ахмедова Н.М.*	494
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ *Нишонова Д.В.*	495
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Нишонова Д.В.*	496
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ *Норалиев И.*	496
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЁГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ У НОВОРОЖДЁННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Норалиев И.*	497
ҲОМИЛАНИНГ ТАНГЛАЙИНИ УЛТРАТОВУШ ХАЖМЛИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ ИМКОНИЯТЛАРИ *Нормурадова Н.М.[1], Олланазаров Э,Р.[2], Мирюсупов М.М.[1]*	498
ҲОМИЛАДА ФАЛЛО ТЕТРАДАСИ ТУҒМА ЮРАК НУҚСОНИНИ УЛТРАТОВУШ ДИАГНОСТИКАСИ *Номурадова Н.М., Фазилов А.А.*	499
ҲОМИЛА МУШАК-СКЕЛЕТ ТИЗИМИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИНГ УЛТРАТОВУШ ТАШҲИСОТИ *Нормурадова Н.М.[1], Мажидов Б.Б.[2]*	500
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *Нуриддинова Ш.Б., Ахмедова Н.М.*	500
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В С ЛЯМБЛИОЗОМ КИШЕЧНИКА *Н.Ф.Нурматова*	501
ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА *Одилбекова М.М., Мамажонова С.О*	502
AYOLLAR GINEKOLOGIK KASALLIKLARINI ZAMONAVIY TASHXISLASH VA DAVOLASH *Otajonova G.U.*	503
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛОСКОСТОПИЕМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *Пансатова Н. У., Джураев А.М., Исматуллаева М.Н*	504
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ *Пулатов Музаффар Эргашевич*	505
ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Рахманова У.Х.*	506
ХРОНИЧЕСКИЙ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ *Рахманова У.Х.*	507
ЁШ БОЛАЛАР, ЎСМИРЛАР, ҲОМИЛАДОРЛАРДАТУРЛИ ЁШГА БОҒЛИҚ ҲОЛДАЭНДЕМИК БЎҚОҚ ХАСТАЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ПАЛПАЦИЯСИНИ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ *М.М.Рахматова.*	507
ТУРЛИ ЁШДА СЕМИЗЛИК КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ТВИ ТЕКШИРИШНИНГ ЎТКАЗИШ ХУСУСИЯТЛАРИ *М.М.Рахматова.*	508
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МЕТОДОМ ВРЕМЕННОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА *Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Эргашев Б.Н., Джабборов Р.Т.*	509
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ *Рустамова У.М., Салиева Н.И., Валиева К.Н.*	510
БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ УЧРАШИНИ ARIA СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА АНИҚЛАШ *Саидхонова Адибахон Муротхоновна*	511

БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТ УЧРАШИНИ ARIA СЎРОВНОМАСИ БЎЙИЧА АНИҚЛАШ *Саидхонова Адибахон Муротхоновна*	512
ВЫЯВИТЬ ПРЕДИКТОРЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ *Санакулов Абдулатав Бурханович*	514
СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ВЫСОКОГО РИСКА *Сатимова Ш.М.*	514
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ *Сатимова Ш.М.*	515
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ *Сахибова М.Д.*	517
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ *Сахибова М.Д.*	517
РАННИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ *Собирова Н.Р.*	518
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ *Собирова Н.Р.*	519
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Солиева М.О., Алимова Г.М.*	519
CLINICAL AND IMMUNOMORPHOLOGICAL FEATURES PREECLAMPSY IN PREGNANT WOMEN *Suleimanova N.A.*	520
CLINICAL COURSE OF SEVERE FORMS OF PREECLAMPSIA *Suleimanova N.A.*	521
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Султонова Ф.Х.*	521
ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА У ДЕТЕЙ *Султонова Ф.Х.*	522
НАРУШЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ *Таджиханова Д.П., Шамсиев Ф.М.*	523
АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ *Тожиддинова Шохсанам Расулжон Кизи*	524
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ *Темирова О.Х., Абдуллаева Ш.Н., Ганиев А.Г.*	525
ЮВЕНИЛЬНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ: ПРИМЕНЕНИЕ МАГНЕ В6 С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ *Тураева Г.Ю.*	526
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА *Тураева Г.Ю.*	527
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ *Азизова Н.Д., Шамсиев Ф. М., Туракулова Х. Э.*	527
БРОНХО-ОБСТРУКТИВ СИНДРОМ КУЗАТИЛГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА АЦИКЛОВИР ҚЎЛЛАШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ *Тўрақулова Ҳ.Э.*	528
БОЛАЛАРДА НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ ЎТКИР ОБСТРУКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШДА НЕБУЛАЙЗЕР ТЕРАПИЯНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ *Тўрақулова Ҳ.Э*	529
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНО-ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ *Турақулова Х.Э.*	529

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ *Умаров Ф.Х., Матанов З.М.*	530
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТАНОВКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАРБЕТОЦИНА *Уринбаева Н.А.[1] Махкамова Ш.Х[1]*	531
ЗНАЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ *Уринова Д.Б., Асранкулова Д.Б.*	532
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С РАННЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ *Уринова Д.Б., Асранкулова Д.Б.*	533
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ *Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.*	534
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ *Усмонова Г.А.*	535
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК – ПОДРОСТКОВ *Усмонова Г.А.*	535
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИИ *Усмонова Г.А.*	536
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ *Усмонова Г.А.*	537
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПОНЕНТА СКРИНИНГА В МАММОЛОГИИ *Фазылов А.А., Расулова М.М.*	537
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ *Фармонкулова Ё.Р.*	538
ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ *Фармонкулова Ё.Р.*	539
ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ И ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ *Хайдарова Г., Мамажанова С.О.*	539
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С TORCH ИНФЕКЦИЕЙ *Хафизова З.Б.,*	540
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ. *Хафизова З.Б*	541
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АСКАРИДОЗА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ *Хафизова З.Б*	541
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ *Хафизова З.Б.*	542
HANGES IN PERIPHERAL BLOOD IN EARLY CHILDREN WITH TORCH INFECTION *Khafizova Z.B.*	542
ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ КАРДИТЕ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ *Хафизова З.Б*	543
PREGNANCY AND EPILEPSY: MODERN DIAGNOSTIC METHODS AND MEDICAL THERAPY *Khodzhaeva F.T.*	544
PREGNANCY AND EPILEPSY: OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES *Khodzhaeva F.T.*	545

ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭРИТРОЦИТЛАР МЕМБРАНАСИДА ПРО- ВА АНТИОКСИДАНТ ТИЗИМИ ФАОЛЛИГИ *Хонкелдиева Х.К.*	546
ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДАГИ БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЛИНИК-АНАМНЕСТИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Хонкелдиева Х.К.*	546
БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМА КЕЧИШИ ОҒИРЛИГИНИНГ ТУРЛИ БОСҚИЧЛАРИДА ВЕГЕТАТИВ РЕГУЛЯЦИЯ ВА ВЕГЕТАТИВ СТАТУСНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШ ХУСУСИЯТИ *Хонкелдиева Х.К.*	547
БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ ТУРЛИ ДАРАЖАЛАРИДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИ *Хонкелдиева Х.К.*	548
ВЕГЕТАТИВ ВА ТИРЕОИД СТАТУС БУЗИЛИШЛАРИ БИЛАН БРОНХИАЛ АСТМАЛИ БОЛАЛАРДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ СИНДРОМИ *Хонкелдиева Х.К.*	549
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА *Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.*	549
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ *Худайбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М*	550
ВЕГЕТАТИВНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ДЕВОЧЕК - ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ *Худайбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.*	551
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.*	551
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ *Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М*	552
ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ ВСЛЕДСТВИИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ *Д.С.Касимов., Халилов О.Н*	553
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Д.С.Касимов., Халилов О.Н.*	554
БОЛАЛАР ЎРТАСИДА АСКАРИДОЗ НАТИЖАСИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШ *Халилов О.Н., Косимов Д.С.*	554
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ *Халилов О.Н., Касимов Д.С*	555
ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ *Хужамбердиев Бобиржон. Собиржонович.*	555
ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ В ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ *Хужамбердиев Бобиржон. Собиржонович.*	556
ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА МЕТАБОЛИЗМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ, В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ *Хусанова Х.А.*	557
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ДИСПЛАЗИЙ У ДЕТЕЙ *Хусанова Х.А.*	558
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕСТНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *Шайматова А.Р., Рахимбердиев Р.А.*	559
ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ *Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д.*	559

ПРЕДГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ *Шакирова Н.Г., Муратова Н.Д.*	560
АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ *Шамсиев Ф. М., Азизова Н. Д., Зокиров Б. К.*	561
SEREBRAL FALAJGA CHALINGAN BOLALARDA STOMATOLOGIK TEKSHIRISHNING O’ZIGA XOSLIGI *Shamsiyeva Mahfuza Olimjon qizi*	562
АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ *Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.*	563
АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ СУД-ТИББИЙ ТАВСИФИ *Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.*	564
EFFECT OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES ON THE CONTENT IN BLOOD OF IMMUNOREGULATORY PROTEINS, IMMUNE COMPLEXES AND CYTOKINES *Shokirova S.M.*	565
HIGH RISK PREGNANCY FOR THE DEVELOPMENT OF OBSTETRIC PATHOLOGY - HEMOSTASIS SYSTEM AND ENDOTHELIUM FUNCTION *Shokirova S.M.*	566
ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕИСТИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, С ВНУТРИ – И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ *Шамсиев Ф.М., Мовлонова Ш.С., Худайберганов М.Р.*	568
ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ *Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.*	568
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРИЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ *Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю.*	569
РОЛЬ ОСТЕОТОМИЯ ЛОКТЕВОЙ КОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ *Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю. Ни Г.В.Шаматов Х.Ш. Касымов Х.А.*	570
ОФЛОКСИН 200 В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА Юлдашева О.С.	570
ТЕЧЕНИЕ АТИПИЧНОГО КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА *Юлдашева О.С.*	571
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ Юлдашева О.С.	572
ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ *Юнусов Д.М.*	573
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА *Юнусов Д.М.*	573
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АЁЛЛАРДА БИВ НИ КИРИТИШНИНГ АСОРАТЛАРИНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ТАХМИН ҚИЛИШ УЧУН ПРОГНОСТИК ХАРИТАНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ *Юсупова У.М.*	574
БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНГ ТАЪСИР МЕХАНИЗМИ *Юсупова У.М.*	575
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА ОЛДИНИ ОЛИШ *Юсупова У.М.*	576
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАЛАРИ ҚЎЙИШГА КЎРСАТМА ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР *Юсупова У.М.*	576
БАЧАДОН ИЧКИ ВОСИТАЛАРИ (СПИРАЛ) АФЗАЛЛИКЛАРИ, КАМЧИЛИКЛАРИ ВА БОШҚА ХУСУСИЯТЛАРИ *Юсупова У.М.*	577

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАЛАРИ ҚЎЙИШГА КЎРСАТМАЛАР ВА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР *Юсупова У.М.*	578
БАЧАДОН ИЧКИ ВОСИТАЛАРИ (СПИРАЛ) АФЗАЛЛИКЛАРИ, КАМЧИЛИКЛАРИ ВА БОШҚА ХУСУСИЯТЛАРИ *Юсупова У.М*	579
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ АЁЛЛАРДА БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНИНГ АСОРАТЛАРИ ВА УЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАГАН ҲОЛДА ОЛДИНИ ОЛИШ *Юсупова У.М.*	579
БАЧАДОН ИЧИ ВОСИТАСИНИНГ ТАЪСИР МЕХАНИЗМИ *Юсупова У.М.*	580
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА АЁЛЛАРДА БИВ НИ КИРИТИШНИНГ АСОРАТЛАРИНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ТАХМИН ҚИЛИШ УЧУН ПРОГНОСТИК ҲАРИТАНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ Юсупова У.М.	581
LAPAROSCOPY METHODS IN GYNECOLOGICAL PATIENTS IN HOSPITAL CONDITIONS *Yakubova O.A.*	582
ASSESSMENT OF LAPAROTOMY AND ENDOSCOPIC SURGERY FOR VARIOUS GYNECOLOGICAL PATHOLOGIES *Yakubova O.A.*	582
IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH UTERINE MYOMA *Yakubova O.A.*	583
III-JARROXLIK	584
СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГГ *Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Турсунов Д.М., Жалолов О.К.*	**585**
ELECTROPHORESIS WITH MUMIYO IN A TREATMENT COMPLEX PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE *Abdukadirova D.T., Xolmatov R.I., Sotvoldiyev M.M.*	585
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАРАНЕФРИТЕ *Абдулазизов С.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А., Шадманов М.А., Хужамбердиев У.Э., Мамаризаев А.А.*	586
ҲОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ОЛИБ БОРИШ *Садикова Д.И., Хамраев О.А., Хужамбердиев У.Э., Абдулазизов С.А.*	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ХИРОКАИНА (ЛЕВОБУПИВАКАИНА) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ *Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.*	587
НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ *Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.*	588
КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ КОЖИ *Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.*	589
МАГНИТОПЛАЗМЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ *Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.*	590
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОСУДАХ ШЕИ *Абдуллаев А.С., Маматов Б.Ю., Собиров М.С.*	591
ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИИ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТОВ *Абдуллаев Ж.О., Бокиев М.М.*	592
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ГУБКИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ *Абдувалиев Н.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Мансурова П.Х.*	593
ХИРУРГИК СЕПСИСДА СЕПТИКОПИЕМИК АБСЦЕССЛАРНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ *Абдуллаев Р.Н., Салахидинов С.З., Абдуллаева М.А.*	594

ДИАБЕТИК ЙИРИНГЛИ - НЕКРОТИК ЖАРАЁНЛАРДА МИКРОФЛОРАНИНГ АНТИБИОТИКЛАРГА НИСБАТАН СЕЗУВЧАНЛИГИ ВА УНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИДАГИ УРНИ *Абдуллаев Р.Н., Икрамова Ф.Д., Абдуллаева М.А.*	595
ПРИМЕНЕНИЕ ЦИАНАКРИЛАТНЫХ КЛЕЕВ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ НАГНОИВЩИХСЯ ЭХИНОКОККОЗОВ ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ *Абдуллаев Р.Н., Косимов А.Л., Абдуллаева М.А.*	595
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ МЕТОДОВ СОЕДИНЕНИЯ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ *Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Васильевский Э.А., Абдуллаева М.А.*	596
МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА *Абдуллаев Р.Н., Икрамова Ф.Д., Усманов Х.К.*	597
РАК РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ *Абдурахмонова Ж.Т., Султонкулова М.К., Мамарасулова Д.З.*	598
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ОТЯГОШЕННЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА *М.А.Абдурахмонова*	598
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕМАТОМ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ И МОЗЖЕЧКА *Абдусаттаров К.А., Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Жиянов И.А., Хайдаров У.А.*	600
МРТ МЕТОД В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА *Аблязов О.В., Аблязов А.А., Рашидова Ш.У.*	600
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ ГАСТРИНА НА ПРИЕМ ЗАВТРАКОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ *Аблязов А.А., Ахмаджанова М.О., Тоджиходжаев Ш.Ш.*	601
РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТИ СЕКРЕЦИИ ГОРМОНА СЕКРЕТИНА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ *АблязовА.А., Мадрагимова Б.Х., Тургунов Ш.Ш.*	602
ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Адашев А.И., Садикова Д.И., Саттаров А.Н., Туланов С.Ш.*	603
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ *Акбаров А., Далиев А*	603
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ *Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У., Исабоев Ш.Б.*	604
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОСТКН) *Алижанов А.А., Алтиев Б.К., Исабоев Ш.Б., Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У.*	605
ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПОЖИЛЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ *Алижанов А.А., Хужамбердиев И.Р., Исабоев Ш.Б., Неъматуллаев О.И.*	606
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ *Миррахимова С.Ш., Хаджимухамедов Б.Б., Бахритдинова Ф.А.*	606
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ *А.А.Алижанов, Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У., Исабоев Ш.Б., Робиддинов Б.С.*	608
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ *Алимов А.П., Акбарханов Ж.Ж., Сапаев З.Э., Камолов Б.Х.*	608
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ИНВАГИНАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ *Аллаев М.Я, Гафуров А.А., Одилов Х., Шевкетова Л.Ш., Халилов Ш.К., Кадиров К.З.*	609
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ *Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Халилов Ш.К., Усмонов Ш., Кодиров К.З.*	610
С-ОБРАЗНАЯ КАНАЛЬНО-КОРНЕВАЯ СИСТЕМА ВТОРЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ *Артикова С.У., Бокиев М.М.*	611

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Атаджанов Ш.К., Мустафаев А. Л.*	612
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Ахмаджонова М.О.*	613
МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Ахмаджонова М.О.*	614
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ *Ахмедова М.С., Комилов Ш.Э., Сиддиков К.М.*	615
ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕЛЯ «АЛЛОМЕДИН» У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ *Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.*	616
АСКОРБАТА ХИТОЗАН ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТОЗА *Ахунжонова Г.М., Усмонов Б.А.*	617
ПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ *Батиров А.К., Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., Солижонов З.Б.*	617
ПОНЯТИЕ ОБ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ *Бахриддинов К.*	618
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ БУЛЬБАРНОЙ КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ КАТАРАКТЫ. *Бектемирова Н.Т.*	619
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГРУДИ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ *Гамидов С.Ш., Индиаминов С.И.*	620
PROPHYLACTIC FEATURES OF THE ORIGIN OF GALLSTONE DISEASE AMONG THE ELDERLY POPULATION *J.A. Ganijonov., K.N. Ergashev, X.K.Usmanov*	620
ПРИЧИНА И ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОСТКОВИДНОГО СОСТОЯНИЯ *Далимов А.А., Якубов Н.И., Мамарасулова Д.З.*	621
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПОСТКОВИДНОГО ФИБРОЗА ЛЕГКИХ *Далимов А.А., Якубов Н.И., Мамарасулова Д.З*	622
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Далимова Шоирахон Касимджановна*	622
НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА *Далимова Шоирахон Касимджановна*	623
PROVIDING FIRST AID IN ACCIDENT *Dekhonov M.A., Zhumaboev M.O.*	624
DIAGNOSTICS AND EXPERT CRITERIA OF WHEEL DRIVING INJURY IN CASES OF ROAD ACCIDENTS *Dekhonov M.A., Yuldashev A.A.*	624
EXPERT CRITERIA FOR FATAL HUMAN DAMAGE BY AGRICULTURAL MACHINES AND MECHANISMS *Dekhonov M.A., Yuldashev A.A.*	625
ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ *Джумабаев Э.С. Мадазимов М.М.*	626
ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ *Джумабаев Э.С. Мадазимов М.М.*	627
ПРЕВЕНТИВНАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ ЕЁ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ *Джумабаев Э.С. Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А .С., Суюнов Д.М.*	628

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *Джумабаев Э.С*	629
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФОГЕННАЯ ГИСТОРЕАНИМАЦИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОЛОГИИ XXI ВЕКА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ *Джумабаев Э.С.*	630
РЕТРОМАНДИБУЛЯРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГОЛОВНОЙ БОЛИ *Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.*	631
РЕТРОМАНДИБУЛЯРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГОЛОВНОЙ БОЛИ *Джумабаев Э.С., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.*	632
FORENSIC DIAGNOSTICS OF INJURIES FROM FALLING FROM A HEIGHT AND COLLISION OF A CAR WITH A PERSON BY FEATURES OF INJURIES OF THE INTERNAL BREAST ORGANS *Zhumaboev M.O., Akhmedova M.S.*	632
РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ *Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш., Валиева К.Н., Салиева Н.И.*	633
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Дильмурадов А.Ф.,Бокиев М.М.*	634
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ *Ёкубова З.А., Усманова Н.А., Шодиева Э.Ю.*	634
ТЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ *Д.Л.Жалолиддинов*	635
ПРИМЕНЕНИЯ КОРТЕКСИНА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ МИОПИЯ *Жалолиддинов Д.Л, Усманова Т.Ж.*	636
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТЬЮ *Д.Л.Жалолиддинов,Т.Ж.Усманова.*	636
УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАСИНИ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ЭПИДЕМИЛОГИК БАҲОЛАШ ВА ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ *Жўраева С.Ш., Хожаев О.Х., Мустанов А.Ю., Қобилов Х.*	637
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЕРИФИКАЦИИ ФАЗ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ *Зотова Н.В., Гусев Е.Ю.*	638
DYNAMICS OF INJURY INDICATORS DEPENDING ON THE MECHANISM OF INJURY IN RESIDENTS OF THE CITY OF ANDIZHAN INJURED IN ACCIDENTS *Zukhriddinova S., Khakimov Z.Қ*	639
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Зухритдинова С., Махкамова С.У., Мамажонов С.С.*	640
ВОЗМОЖНОСТИ ВИКАРНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЛИПАЗЫ И АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ *Ибрагимова Зиёда Жалолидиновна, Исакова Насиба Рахматжоновна.*	640
ЖАДАЛЛАШУВЧИ МИОПИЯДА КЎЗ ЁШИ СУЮҚЛИГИ КРИСТАЛЛОГРАФИЯСИ, ҚОН ВА КЎЗ ЁШИ СУЮҚЛИГИНИНГ БИОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛИ *Икрамов Дурбек Азизович*	641
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ *Икрамова Ф.Д, Х.Т.Мусашайхов,С.З.Салахидинов, Р.Н.Абдуллаев*	642
ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ *Ф.Д.Икрамова Х.Т. Мусашайхов, С.З. Салахиддинов, Э.А.Василевский*	643
ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF BETAXOLIN APPLICATION IN PATIENTS WITH P RIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA AND DIABETIC RETINOPATHY *Imomaliyeva K.M., Kurbonova K.D.*	644
FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF MORPHOLOGICAL FEATURES OF DAMAGES FOR DIAGNOSTICS OF THE DRIVER AND PASSENGER OF THE FRONT SEAT IN FRONTAL COLLISIONS OF THE CAR *Imomov Kh.M., Akhmedova M.S.*	645

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА *Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Усмонов Ф.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.*	645
МЕТОД УШИВАНИЕ КОРНЯ ЗАДНЕГО РОГА МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА *Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов М.Э. Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.*	646
МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ПЯТОЧНОЙ ШПОРЫ *М.Э.Ирисметов, А.М.Шокиров*	647
НОВЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА *Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р.*	647
МЕТОД УШИВАНИЕ КОРНЯ ЗАДНЕГО РОГА МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА *Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов М.Э. Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.*	648
НАШ МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ДЕФЕКТНЫХ РАЗРЫВАХ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА *Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.*	649
ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА *Ирисметов М.Э., Салиев С.М.*	650
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА *Б.М.Исаков, Н.Ю.Мирзаюлдашев, А.Б.Мамадалиев, К.Х.Мамажанов.*	650
ДИСКОГЕННАЯ ШЕЙНАЯ МИЕЛОПАТИЯ: ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ *Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю, Мамадалиев А.Б, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н.*	651
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н, Исаков К.Б.*	651
К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТ ГЕМАТОМ *Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н, Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков К.Б, Мамадалиев А.Б.*	652
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИ- И СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ *Исаков К.Б, Исаков Б.М, Мирзаюлдашев Н.Ю,, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н.*	653
АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА *К.Б.Исаков, Б.М.Исаков, А.Б.Мамадалиев, А.Р.Мамадалиев, Кодиров Д.Р.*	653
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ *З.С.Исламов, А.Ф.Икрамов, Б.З.Умарова*	654
СИМПТОМЫ РЕТИНОБЛАСТОМЫ *З.С.Исламов, Б.З.Умарова.*	655
ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ В УЗБЕКИСТАНЕ *З.С.Исламов, А.Ф.Икрамов, Б.З.Умарова*	656
ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ФЛЮОРОЗ ЗУБОВ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ *Исламова Нилуфар Бустановна*	656
ИЗУЧИТЬ ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СТОМАТОЛОГИИ *Исламова Нилуфар Бустановна*	657
ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Исмоилов Илхомжон Хурбоевич*	658
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДАХ АНДИЖАН И АСАКЕ *Исмоилов Илхомжон Хурбоевич*	658
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ *Исмоилов Илхомжон Хурбоевич*	659
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА *Исмоилов Илхомжон Хурбоевич*	660
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТИОТРИАЗОЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ *Йулдошев А.А.С., Юнусова З.В.*	660

ТРОМБОЗЫ ГЛУБОКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ *Йўлдошев А.А., Юсуфжонов Ж.М., Хожакбаров А.Х., Болтаев А.А.*	661
ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ *Йўлдошев Ж.Т., Косимов А.К.*	661
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ *Камолидинов С.А., Шоназаров И.Ш., Ахмедов Ш.Х., Келеш Э.И.*	662
МРТ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА *Каримов М.У., Рашидова Ш.У.*	663
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА *Каримов М.У., Рашидова Ш.У.*	664
ТРУДНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА *Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р., Хайитов А.А., Саидносиров О.К.*	665
РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ АППАРАТОМ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ *Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Эргашов А.З., Исмоилов Н.У., Саидносиров О.К., Муслимов Ш.С., Мирзаахмедов Ф.М., Алиев Х.Э., Каюмов Ж.Ш.*	666
РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ *Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М.*	667
ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УГЛЕРОДНОГО НАНОПОРИСТОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ *Касимов Н.А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Хошимов С.З*	668
РОЛЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С НАНОПОРИСТЫМ УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ *Касимов Н .А., Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Бурибаев Д.Г., Мамадиев А.М*	669
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ *Киличев М.Р.*	670
ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ *Киличев М.Р.*	671
РАЗНОВИДНОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ ТРАВМИРУЮШЕГО АГЕНТА *Кодиров М.Ф., Шукуров Э.М., Камолов Б.Х.*	671
КЛИНИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ *М.Ф.Кодиров, д.м.н. А.П.Алимов, З.Э.Сапаев.*	672
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗАХ ПРИМЕНЕНИЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Кодиров Ш.Н., Умматалиев Д.А., Кодиров М.Ш.*	673
СУРУНКАЛИ ТЕМИР ЕТИШМОВЧИЛИГИ АНЕМИЯСИ МЕДАНИЭКСКРЕТОР ФУНКЦИЯСИГА ТАСИРИ *Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А.Иминов Б И.*	674
БЕМОРЛАРДАГИ ТИРЕОТОКСИК ХОЛАТДА КАЛКОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ГОРМОНЛАРНИ ТАСИРИНИ УРГАНИШ *Кодиров М.Ш., Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н*	675
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕКСОГО РАСТВОРА В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ *Р.А. Койчуев, А.О.Османов, Б.О.Алиев*	675
ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ *Р.А. Койчуев, А.О.Османов, Б.О.Алиев*	676

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ МИОКАРДА И МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЯХ *Комилов Ш.Э., Нурматов Х.В., Сиддиков К.М.*	677
ABOUT THE ACTIVITIES OF THE EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE SERVICE DURING ROAD TRANSPORT ACCIDENTS IN THE REGIONS OF ANDIZHAN *Kosimov S.A., Siddigov M.*	678
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Косимов С.К,Раджабов А.А., Мамажонов С.С.*	679
ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОМАЛЯЦИЕЙ *Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.*	679
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ *Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.*	681
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОНАРТРОЗА *Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.*	682
ИЗУЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ» С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА *Косимхожиев М.И., Таджиматов Ф.Г.*	683
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНОЙ ПОЛОСТИ РТА *Кохоров Мансуржон Кодирович*	684
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Кочкартаев С.С., Шатурсунов Ш.Ш*	685
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Кочкартаев С.С., Шатурсунов Ш.Ш.*	686
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ *Курбанова З.Р., Исроилов Р.И., Каримова М.Х.*	687
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ К РЕСТАВРАЦИИ ЗУБОВ С ПОВЫШЕННЫМ СТИРАНИЕМ *Кутбидинов Фазлиддин*	688
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ *Кучкаров Ш., Маматов Б.Ю.*	689
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ *Кучкаров Ш., Маматов Б.Ю.*	690
ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ *Ларичев А.Б., Кузьмин В.С.*	691
ПРЕВЕНТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОКТРЕОТИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА *Ларичев А.Б., Ефремов К.Н., Габибов И.К.*	692
ОБОСНОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ *Ларичев А.Б., Васильев А.А., Слободская Н.А., Смирнова А.В., Комлев В.Л.*	694
ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ *Ларичев А.Б., Кузьмин В.С.*	695
ПРЕВЕНТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОКТРЕОТИДА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНОГО ШВА *Ларичев А.Б., Ефремов К.Н., Габибов И.К.*	696

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕВЕНТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ *Ларичев А.Б., Васильев А.А., Слободская Н.А., Смирнова А.В., Комлев В.Л.*	698
ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ *Лутфуллаев А.Х, Ражапов Н.А, Кодиров Р.С*	699
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ОПЫТ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ *Мадрахимов С.Б., Каримов М.Ю.*	700
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ УГЛЕРОДНЫХ КЕЙДЖЕВ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА *Мамажанов Б.С., Олимов И., Алиханов О.Ш.*	701
ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА *Мамажонов С.С., Холмирзаев Х.Х., Косимов С.К.*	702
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У ЛИЦ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Мамажонов С.С., Хусанов А.С.*	703
МОРФОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА *Мамажонов С.С., Рахимов Б.Г.*	704
ДИАБЕТИК РЕТИНОПАТИЯНИ ДАВОЛАШДА ЛИМФАТИК ДРЕНАЖНИ РЕТРОБУЛЬБАР РЕТИНАЛ СТИМУЛЛАШ *Мамажанов Х.Х. Икрамов А.Ф.*	705
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ФОНИДА ЎТКИР ИРИДОЦИКЛИТНИ ЛИМФОТЕРАПИЯ ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ *Мамажанов Х. Х., профессор Икрамов А.Ф.*	706
КЛИНИКО-ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ *Мамарасулова Д.З., Зулунов А.Т*	707
ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЗА 2016-2018 ГГ *Мамарасулова Д.З., Турсунов Д.М., Жалолов О.К.*	708
ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ *Мамарасулова Д.З., Зулунов А.Т*	709
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ ОПТИЧЕСКОЙ УРЕТРОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТРИКТУР УРЕТРЫ У МУЖЧИН *А.А.Мамаризаев, У.М.Рустамов, О. А. Хамраев, Р.А.Бобоев, М.А.Шодмонов, Д.И.Садикова*	709
АНАЛИЗ МИКРОБИОТЫ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПРОСТАТИТЕ *А.А.Мамаризаев, У.М.Рустамов, О. А. Хамраев, Р.А.Бобоев, М.А.Шодмонов, Д.И.Садикова*	710
THE CONDITION OF THE PROSTATE GLAND IN PATIENTS WHO RECEIVE INTRAMUSCULAR ANTIBIOTIC THERAPY AND LYMPHOTROPIC THERAPY *A.A.Mamarizaev, U.M.Rustamov, O.A.Hamrayev, R.A.Boboyev, M.A.Shodmonov, D.I.Sadikova*	710
TOXIC EXPOSURE OF LIPID PEROXIDE OXIDATION PRODUCTS ON THE INDICATORS OF THE SPLATTERING ABILITY OF SPERMATOSOIDS *A.A.Mamarizaev, U.M.Rustamov, O.A. Hamrayev, R.A.Boboyev, M.A.Shodmonov, D.I.Sadikova*	711
ПРОФИЛАКТИКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО СЕПСИСА *Маматкулова Н.Ж*	711
ИЗУЧЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ *Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.*	712
ОКСИДАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ *Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Озодбеков Ю.Ш.*	713
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.*	715

ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ *Маматов Б.Ю., Собиров М.С., Абдуллаев А.С., Камбаров З.Г.*	716
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.*	717
ГИПЕРВОЛЕМИЯ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА *Маматов М.А.*	718
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛЬНОГО ДРЕНАЖА ЛЕГОЧНЫХ ВЕН *Маматов М.А.*	719
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ с ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННОЙ ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТНЗИЕЙ *Маматов М.А.*	719
УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ПРОТРУЗИЯ ВА ЧУРРАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИНИ ЗАМОНАВИЙ ТАЛҚИНИ *Махкамов Н Ж., Жўраева Ш Н., Урмонжонов Н.Ф*	720
FUNCTIONAL MORPHOLOGY OF THE ADRENAL CORE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION *Makhkamova S.U., Khakimov Z.K., Siddikov K.M.*	721
THE QUALITY ASSESSMENT OF COMPOSITE AND COMPOMER RESTORATIONS IN THE TREATMENT OF DENTAL CARIES IN CHILDREN AND WAYS TO IMPROVE THEM *Makhmudova M.S, Em A.V., Bayzakova S.M.*	722
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ *Махсудов А.Т., Маматов Б.Ю.*	722
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА В БЕЗОПАСНОМ РЕЖИМЕ ПРИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ *Махсудов А.Т., Маматов Б.Ю.*	724
ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ *Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М., Шадиев Б.У.*	725
ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА « АТРОПИНА И МЕЗАТОНА» ПРИ УВЕИТАХ *Мирзаева Р.З., Мирзаева А.М.*	725
ЛИМФОТРОПНАЯ РЕГИОНАРНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ *Мирзаева Р.З.*	726
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ КАТАРАКТЕ *Мирзаева Р.З.*	727
ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА УГЛЕРОДНЫМ ИМПЛАНТАТОМ *Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М., Исаков К.Б.*	728
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА *Мирзаюлдашев Н.Ю, Исаков Б.М, Исаков К.Б, Ташланов Ф.Н.*	730
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ *Мирходжаев И.А., Йўлдошев У.Х.*	730
ЛИМФОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НОГ *Василевский Э.А. Михайлевич И.Е. Мусашайхов Х.Т. Джумабаев Э.С. Пакирдинов А.С. Суюнов Д.М*	731
ЛИМФОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НОГ *Василевский Э.А. Михайлевич И.Е. Мусашайхов Х.Т. Джумабаев Э.С. Пакирдинов А.С. Суюнов Д.М*	731
ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ САНЭНЕКТОМИИ. *Михайлевич И.Э., Василевский Э.А., Джумабаев Э.С., Салахиддинов К.З.,Пакирдинов А.С., Киличев М.Р., Суюнов Д.М., Аблакимов Н.К.*	732

FORENSIC MEDICAL ESTABLISHMENT OF THE POSITION OF THE INVISED INSIDE INSALON WITH AN INLATABLE AUTOMOBILE INJURY FOR INJURIES OF THE PELVIS AND LOWER LIMBS *Mydinov M.B., Imomov Kh.M.*	732
АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ *Муйдинова Барно Аскаровна*	733
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В ПЕРВИЧНОМ СОСУДИСТОМ ЦЕНТРЕ *Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.*	733
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ *Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.*	735
ВЛИЯНИЕ АНЕСТЕЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТРЕСС-ОТВЕТА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.*	736
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ АНТИАГРЕГАНТОВ *Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.*	737
МОНИТОРИНГ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ *Муминов Б.Э., Маматов Б.Ю., Эргашев Х.М.*	738
FORENSIC ASSESSMENT OF THE DEGREE OF DAMAGE TO HEALTH AND DEFECTS IN THE PROVISION OF MEDICAL CARE AT THE HOSPITAL STAGE TO SUFFICIENTS IN ROAD TRANSPORTATION ACCIDENTS *Naumonov M.M., Akhmedova M.S.*	739
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ *Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш.*	739
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМБИНАЦИИ С БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ *Ниматов Ф.С, Ступина Н.В., Азизов А.М., Валиев.О.Э., Хакимов А.Д., Махмудов А.А.*	740
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА *М.Ф.Нишанов. Д.Ш.Хожиметов*	741
ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Нишонов М.Ф., Хожиметов Д.Ш., Бахриддинов К., Абдурахмадов А.А.*	741
ORTHOPEDIC INNOVATIVE METHOD TREATMENT OF CLUBFOOT *Nurimov G.K., Jumamurotova I.I., Supiyev E.O.*	742
ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ И ПОСЛЕДСТВИЯХ ЛУЧЕВОГО НЕРВА *Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Асилова С.У.*	743
РОЛЬ И МЕСТО КОМБИНИРОВАННЫЙ ВАГОТОМИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПРИ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТОЙ КИШКИ *А.Т. Нуритдинов., Д.М. Суюнов., А.С.Пакирдинов*	744
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖАЮЩЕЙСЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ УШИВАНИЯ ИЛИ ИССЕЧЕНИЯ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ *Нуритдинов О.Т., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М.*	744
ESTABLISHING THE POSITION OF THE DRIVER AND THE PASSENGER OF THE FRONT SEAT IN THE CABIN OF PASSENGER CARS EQUIPPED WITH MODERN SAFETY MEANS IN ROAD AND TRANSPORTATION ACCIDENTS *Nurmatov Kh.V., Akhmedova M.S.*	745
РОЛЬ И МЕСТО РЕГИОНАРНОЙ – ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ *Олтиев У.Б., Хамдамов Б.З., Деҳқонов А.Т., Хамдамов И.Б.*	745
COMPLEX TREATMENT OF CHEMICAL BURNS OF THE EYES *Oralov B.A., Mirrahimova S.Sh., Ashurov O.M.*	747
НАША МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА СПОСОБОМ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ *Ордашев Х.А., Ахмадудинов А.М., Шахбанов А.К.*	748

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ *Ордашев Х.А., Магомедова Х.М., Минкаилова С.Р., Гамидова З.Ш., Тагирова А.М., Османова Д.М., Магомедова А.Р., Юнусова М.Н.*	749
ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАЙМОРИТЫ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ *Ордашев Х.А., Шахбанов А.К., Курбанов К.К., Тагирова А.М., Османова Д.М., Алиева С.Ф., Магомедов Г.Н., Абдусаламов А.О.*	750
ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Орибжонов О.Э., Тургунов Ш.Ш., Аблаязов А.А., Рашидова Ш.У.*	752
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАРДА ДАВОЛАШ ВА ПОФИЛАКТИКАСИ *А.С.Пакирдинов., М.М.Мадазимов., Д.М.Суюнов.,Сайфутдинова М.А.*	752
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ *Пакирдинов А.С.,Джумабаев Э.С.,Саидходжаева Ж.Г., Суюнов Д.М., Сайфутдинова М.А.*	753
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ *Пакирдинов А.С., Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Суюнов Д.М., Ахмедова Ш.Т.*	754
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ *Парманкулова Ю.Д.*	755
ИССЛЕДОВАНИЕ РИГИДНОСТИ СКЛЕРЫ ГЛАУКОМНЫХ ГЛАЗАХ *Парманкулова Ю.Д.*	755
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ *Пулатов Н.Х., Насретдинов З.Б., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т.*	756
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА *Пўлатов Х.Т., Раимжонов Р.Р.*	757
ТЕХНИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОФФЕРДАМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ *Пўлатов Х.Т., Раимжонов Р.Р.*	758
ҚАЙИҚСИМОН СУЯГИ ЭСКИРГАН СИНИҚЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ *Равшанов Ш.Н. Эргашов М.М. Худоёров Ф.Р.Ибодов Б.И.*	759
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ *Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Худоёров Ф.Р., Жабборов А.А.*	760
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОРФОЛОГИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА *Раджабов А.А., Сиддиқов К.М.*	760
O`T PUFAGI POLIPLARI ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINI TAKOMILLASHTIRISH *Rasulova M.M., Olimov A. A.*	761
SIYDIK CHIQARISH YO`LLARIDA OBSTRUKTIV TOSH KASALLIKLARNI ANIQLASHDA ZAMONAVIY ULTRATOVUSH TEKSHIRISH TEXNOLOGIYALARNI IMKONIYATLARI *sulova M.M., Nurmatov S. Yu.*	762
ЗНАЧИМОСТЬ ОПТИМИЗАЦИИ ЭХОГРАФИЧЕКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ *Расулова М.М., Самибоев Д.Р.*	763
НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ *А.М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев, С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов*	764
НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ *А.М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев, С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов.*	765
РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ *А.М.Рахимов, Ш.Х.Мирзаев, А.М.Дурсунов, Б.У.Шодиев, С.С.Сайдиахматхонов, Р.Б.Рахматов, З.А.Гаипов.*	766

СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ И ГИППОКАМПЕ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ И ФАКТОРАХ РИСКА ЕЕ НАСТУПЛЕНИЯ *Рахимов Б.Г. Нурматов Х.В., Хакимов З.К.*	766
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Рахимоа К.М.*	767
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДО И ПОСЛЕ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ *Рахимова К.М.*	768
ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ *Х. Р. Рахматуллаев, А. М. Джураев, Б. А. Абдурахманов, Б.Н. Эргашев, Ирисметов М.Э.*	769
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГЛАУКОМЫ *Рустамбекова Ш.И., Икрамов А.Ф., Икрамов О. А.*	770
ПОКАЗАТЕЛИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМИКРОСКОПИИ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ГЛАЗ ПРИ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ *Рустамбекова Ш. И., Икрамов А. Ф., Икрамов О. А.*	770
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ *Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А.*	771
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ *Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., ХужамбердиевУ.Э., Садикова Д.И., Мамаризаев А.А.*	772
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ *Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Садикова Д.И., Хамраев О.А.,*	772
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УРАТНЫМ ЛИТИАЗОМ *Рустамов У.М., Садикова Д.И., Бобоев Р.А.*	773
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ *Садикова Д.И., Бобоев Р.А., Юсупалиева Г.М.*	773
ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ *Садикова Д.И., Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И.*	774
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ *Садикова И.Я.*	774
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПАРОДОНТА *Садикова И.Я.*	776
ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО АНЕСТЕЗИОЛОГО-ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА *Садикова М.А.*	777
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ *Садикова М.А., Маматкулова Н.Ж*	777
ПРОФИЛАКТИК НАГНОЕНИЙ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПРИГИГАНТСКИЙ КИСТАХ ПЕЧЕНИИ *Саидходжаева Ж.Г., Джумабаев Э.С., Пакирдинов А.С., Умматалиев Д.А.*	778
ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА (в примере язвенной болезни) *Саидходжаева Д.Г., Мамасолиев Н.С., Атаханов А.*	778
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ОЖОГОВЫХ РАН *Салахиддинов К.З., Алексеев А.А, Салахиддинова М., Михайлевич И.Е*	779
ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ *Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.*	781
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА *Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.*	781

ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА *Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.*	782
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА *Салахидинов С.З., Зайнобиддинова Д.С.*	783
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА: МОТИВАЦИЯ, ЗНАНИЯ И КАЧЕСТВО УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА *Усминов Бахтиёр Аробиддин ўғли*	786
ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Саттаров А.Н., Садикова Д.И., Адашев А.И., Туланов С.Ш.*	784
ИЗМЕНЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ У СКОРОПОСТИЖНО УМЕРШИХ ОТ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ *Сиддиков К.М., Наумонов М.М.*	785
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПАРАМЕТРОВ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ *Сиддиков К.М., Косимов С.К.*	786
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА *Сиддиков К.М., Зухритдинова С.*	787
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В АНДИЖАНЕ *Саидходжаева Д.Г., Мамасалиев Н.С., Атаханов А.*	787
ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЗГА ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ *Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.*	788
НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ *Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.*	790
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.*	792
ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ МЕТОДОМ ОБЪЕМНОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ОСЦИЛЛОМЕТРИИ В УСЛОВИЯХ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ *Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.*	793
ПРОБЛЕМА ТРОМБОЗОВ В ОНКОЛОГИИ *Собиров М.С., Маматов Б.Ю., Абдуллаев А.С.*	794
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ СДВИГОВОЙ ВОЛНОЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С *Саипова Г.Г.*	794
БИЛИАР ПЕНКРЕАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРНИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Суюнов Д.М., Мадазимов М.М.А.Т.Нуритдинов*	796
БИЛИАР ПЕНКРЕАТИТ ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ ГЕРНИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Суюнов Д.М., Мадазимов М.М.А.Т.Нуритдинов*	796
ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД ПАНРЕАТОХОЛАНГИОРАФИЯ ВА ЭНДОСКОПИК ЛИТОКЭСТРАКЦИЯДАН СЎНГИ БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ПРОФИЛАКТИКАС *Суюнов Д.М., М.М.Мадазимов., А.Т. Нуритдинов, Салохиддинов К.З.*	797
РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФАТРОПНАЯ ИММУНО КОРРЕКЦИЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ *Суюнов Д.М., Саидходжаева Д.Г., Пакирдинов А.С., Салохиддинов К.З.*	797
СУТ БЕЗ РАКИНИ МАММОГРАФИЯ, УЛЬТРАЗВУК, ОНКОМАРКЕР, ДУКТОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИ ЁРДАМИДА ЭРТА АНИҚЛАШ УСУЛИ *Ташматова Ю.Д.*	798
ЦИФРОВАЯ МАММОГРАФИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Ташматова Ю.Д.*	799
КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Тоджихужаев Ш.Ш.*	800

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В АМБУЛАТОРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ *Тоджихужаев Ш.Ш.*	801
КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Тоджихужаев Ш.Ш.*	802
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО ЭТМОИДИТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ *Тожибоев А.А.*	803
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ *Тожибоев А.А.*	804
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА *Тожибоева Ё.Р.*	804
ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ И СТРЕССАХ, ВОЗНИКАЮЩИХ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ *Тожибоева Ё.Р.*	805
ПРЕВЕНТИВНАЯ СЕДАЦИЯ НА ОСНОВЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ *Толипов Б., Маматов Б.Ю.*	807
СЕДАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ОТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ *Толипов Б., Маматов Б.Ю.*	808
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ a1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Туланов С.Ш., Адашев А.И., Саттаров А.Н.*	809
ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИИ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ *Д.Ш. Туланов, Х.Ю. Эшбадалов, Ф.Т.Махкамова, Мансурова П.Х.*	809
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ al-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Туланов С.Ш., Адашев А.И., Саттаров А.Н., Турсунов Г.М.*	810
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА *Тургунов Ш.Ш., Орибжонов О.Э., Аблаязов А.А., Рашидова Ш.У.*	811
СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ *Турсунов Б.К.*	812
ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ *Турсунов Б.К.*	813
КЕЧКИ БОСҚИЧДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НОГИРОНЛИК ИМТИЁЗИНИНГ ЯШОВЧАНЛИККА ТАЪСИРИ *Турсунов Д.М., Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.*	814
ШАРТЛИ ЭРТА БОСҚИЧДАГИ ХАВФЛИ ЎСМАЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА НОГИРОНЛИК ИМТИЁЗИНИНГ ЯШОВЧАНЛИККА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ *Турсунов Д.М., Абдихакимов А.Н., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.*	814
СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016-2018 ГГ. *Турсунов Д.М., Мамарасулова Д.З., Жалолов О.К.*	815
РОЛЬ МРТ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТ БЕЙКЕРА *Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Абдулазизов О.Н., Кадиров А.А.*	816
БЕЙКЕР КИСТАСИНИ ЗАМОНАВИЙ АРТРОСКОПИЯ УСУЛИДА ДАВОЛАШ *Турсунов К.К., Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Абдулазизов О.Н.*	816

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА *Улмасов М.В., Абдупаттоев Д.У., Косимов А.Л., Косимов Н.А.*	817
РЕЗУЛЬТАТЫ МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ *Умарова Г.Ш., Валиева К.Н.*	818
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЗУБНЫХ ПАСТ У ПАЦИЕНТОВ С ГИНГИВИТОМ *Умарова Одинахон Нумановна*	819
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПО УХОДУ ПОЛОСТИ РТА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ *Умарова Одинахон Нумановна*	819
ХАЙВОНЛАРДА ГИПОТИРЕОЗ ХОЛАТИНИ НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИ ВА КОНДА АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСГА ТАСИРИ *Умматалиев Д.А., Ирискулов Б.У., Кодиров Ш.Н., Кодиров М.Ш.*	820
ТАЖРИБА КАЛАМУШЛАРИДА ГИПЕРТИРЕОЗ ХОЛАТИДА КОНДАГИ АЙЛАНАЁТГАН ИММУН КОМПЛЕКСИГА ВА НОСПЕЦИФИК ИММУН ФАКТОРИГА ТАСИРИ *Умматалиев Д.А., Кодиров Ш.Н., Ирискулов Б.У.,Кодиров М.Ш.*	821
ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ УЗЛОВОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Урманбаева Д.А.*	822
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Урманбаева Д.А.*	822
УРОВЕНЬ МЕСТНОЙ АНАСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА *Урманбаева Д.А.*	823
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Урманбаева Д.А.*	824
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ *Урманбоева Д.А.*	825
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Урманбоева Д.А.*	825
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ТОНЗИЛЛИТАХ *Усманова Н А, Ёкубова З.А, Шодиева Э.Ю.*	826
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫЙ СРЕДНЫЙ ОТИТ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ *Усманова Н.А., Шодиева Э.Ю., Ёкубова З.А.*	826
КАРОНОВИРУС И ГЛАЗ *Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов.*	827
ВОЗРАСТНННАЯ МАКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ *Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов.*	827
ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ГЛАЗ ПРИ COVID-19 *Т.Ж.Усманова, Д.Л.Жалолиддинов*	828
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ *Саматов Улугбек Абдумажидович*	828
НОВЫЙ ШАГ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ПОДБОРЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА *Саматов Улугбек Абдумажидович*	829
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ: СТОИМОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ *Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.*	830
АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ *Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.*	832
КЎЗ ТЎР ПАРДА КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ *Т.Ж.Усманова, Д. Жалолиддинов*	832

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ *Т.Ж.Усманова., Д.Л.Жалолиддинов*	833
ОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМА *Т.Ж. Усманова*	834
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ/ЭФФЕКТИВНОСТЬ» РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ *Усмонов У.Д., Солижонов З.Б.*	834
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Усманова Ф.Т., Курбанова Д.И., Юсупалиева Г.М.*	835
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО КОМПОНЕНТА СКРИНИНГА В МАММОЛОГИИ *Фазылов А.А., Расулова М.М.*	836
ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНИШИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ *Хакимов Акмал Абдухакимович*	836
ПРИМЕНЕНИЕ УГЛОМЕРА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ТОЧЕК ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ *Хакимов А.Д., Азизова А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С., Махмудов А.А*	837
ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ МСКТ КАК ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБОСНОВАНИЯ УСТАНОВКИ ВЕРТЛУЖНОГО КОМПОНЕНТА ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕНОГО СУСТАВА *Хакимов А.Д., Азизова А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С., Махмудов А.А.*	869
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАЗМОСОРБЦИИ С УГЛЕРОДНЫМ ГЕМОСОРБЕНТОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ *Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С.З.*	840
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ *Хакимов Д.М., Абдужабборов А.А., Карабоев Б.Б.*	841
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ *Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б.*	841
РЕЗУЛЬТАТЫ МАКРОСКОПИЧЕСКИХ И МИКРОСКОПИЧЕСКИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ВНУТРИБРЮШИННОМ ВВЕДЕНИИ УГЛЕРОДНОГО ГЕМОСОРБЕНТА *Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С. З.*	842
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА *Хакимов З.К., Жумабоев М.О.*	843
ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ *Хакимов З.К, Наумонов М.М.*	844
РОЛ ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ НЕЙРОСЕКРЕТОРНОЙ СИСТЕМЫ В ГЕНЕЗЕ СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Хакимов З.К., Имомов Х.М.*	845
CLINICAL EXPERIENCE OF THE APPLICATION OF TWO-DIMENSIONAL ULTRASONIC RESEARCH OF THE NOSE ADAPESE CAVITIES IN SINUSITIS IN AMBULATORY PRACTICE *Khakimov N.S.*	846
TWO-DIMENSIONAL ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE PAD *Khakimov N.S.*	847
POSSIBILITIES OF ULTRASONIC STUDIES IN DIAGNOSTICS OF NON-ALCOHOLIC FAT LIVER DISEASE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME *Khakimov N.S.*	847
ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF DISEASES OF THE PLEURAL CAVITY AND LUNGS *Khakimov N.S.*	848
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКОЙ *Халилов Х.У., Пардаев Д.Э.*	849

ДЛИТЕЛЬНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ *Халилов Х.У., Пардаев Д.Э.*	850
WAYS TO ELIMINATE EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PLASTIC VENTRAL HERNIAS IN PATIENTS WITH OBESITY *Khamdamov B.Z [1]., Davlatov S. S[2]., Khakimov M. Sh[3]., Khamdamov I.B.*	851
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ СЕРЕБРА ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ *Хамдамов Бахтиёр Зарифович[1]., Деҳқонов Азиз Ташпулатович[2].*	852
ОСОБЕННОСТИ АРТРОПЛАСТИКА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПОСЛЕДСТВИЯХ ТРАВМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА *Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Исмаилов Н.У., Кобилов Н.Р., Нурметов С.Т.*	853
ОСОБЕННОСТИ ТОТАЛЬНЫЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАСТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ. *Хамраев А.Ш., Тугизов Б.Э., Хамраев Ш.Ш., Акрамов В.Р.*	854
СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА И ЕЁ ОСНАЩЕНИЯ *А.И. Хасанов, А.Т. Усмонов, С.Н. Махсудов, К.А.Ибрахимова*	855
РОЛЬ ГЛАВНОГО СТОМАТОЛОГА В ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СЛУЖБЫ РЕГИОНА *А.И. Хасанов, А.Т. Усмонов, С.Н. Махсудов, К.А. Ибрахимова*	857
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО РАКА ЖЕЛУДКА *Хасанов Д.Ш. Хакимов Т.А.*	858
ГЕПАТАЦЕЛЛЮЛЯР КАРЦИНОМА ХИМИОТЕРАПИЯСИ *Хасанов Д.Ш.*	859
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА С КАНЦЕРОМАТОЗОМ БРЮШИНЫ *Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д. З., Хакимов Т.А.*	859
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ *Хасанов К.У., Маматов Б.Ю.*	860
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ СОСУДИСТЫМИ КАТАСТРОФАМИ *Хасанов К.У., Маматов Б.Ю.*	861
МАТЕРИАЛЫ О РОЛИ СОСУДИСТЫХ МИКРОЦИРКУЛЬЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА И ОБОСНОВАНИЯ ГЕМИГАСТРЭКТОМИИ С ИССЕЧЕНИЕМ МАЛОЙ КРИВИЗНЫ И СЕЛЕКТИВНОЙ ВАГОТОМИЕЙ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ *Хасанов Х.Х., Мехманов А., Пакирдинов А.С., Суюнов Д.М., Сайфутдинова М.А.*	862
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА *Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Эгамбердиев Б. А. Хошимов С. З.*	862
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ *Д.Ш.Хожиметов., К. Бахриддинов., С.Б.Мамасолиев*	863
ОБОСНОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ *Хожиметов Д.Ш., Нишанов М.Ф., Бахриддинов К.*	864
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЕ И В СЕРДЦЕ *Холмирзаев Х.Х., Мўйдинов М.Б., Хакимов З.К.*	865
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА *Хошимов С. З., Хакимов Д. М., Касимов Н. А., Хамдамов Х. Х., Умматалиев Б. Т., Асранов Ш. Я.*	865
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА *Худайбердиев К.Т., Шакиров О.М., Мамадалиев А.Б., Кадиров А.А.*	866

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА *Худайбердиев К.Т., Мамадаминова М.А., Кадиров А.А.*	867
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Худайбердиев К.Т., Алиханов О.Ш., Олимов И., Кадиров А.А., Мамажанов Б.С.*	867
ПУТИ УСТРАНЕНИЯ ИНТЕРОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ *Худайбердиев К.Т., Алиханов О.Ш., Олимов И., Мамажанов Б.С.*	868
СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАДПОЧЕЧНИКОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОСТРОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ КРУПНООЧАГОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА *Хусанов А.С., Мўйдинов М.Б., Сиддиков К.М.*	869
ASSESSMENT OF SURGICAL INTERVENTION OF NASOPHARYNGEAL TONSIL HYPERTROPHY IN CHILDREN *Khusanov Sh.R.*	870
MODERN METHODS FOR DIAGNOSING HYPERTROPHY NASOPHARYNGEAL TONSILS IN CHILDREN *Khusanov Sh.R.*	871
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИИ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ *Хусанов Ш.Р.*	871
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ *Хусанов Ш.Р.*	872
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ *Шадиев. Б.У.*	873
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ *Шадиев Б.У., Рахматов Р.Б.*	874
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ *Шадиев Б.У.*	874
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Шадманов М.А., Бобоев Р.А.*	875
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ *Шадманов М.А., Бобоев Р.А.*	875
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА У БОЛЬНЫХ С ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ *Шаробиддинов М.З., Маматов Б.Ю.*	876
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОБЩИМ ПЕРИТОНИТОМ *Шаробиддинов М.З., Маматов Б.Ю.*	877
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА *Шатманов С.Т., Ахматов А.Т., Мамыров Н.А., Боркулов А.А.*	878
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ИНТЕРКОРПОРАЛЬНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ТИТАНОВЫМИ КЕЙДЖАМИ *Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А.*	879
РЕЗУЛЬТАТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ НУКЛЕОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЙ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА *Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А.*	879
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ *Шатурсунов Ш.Ш.[1], Мирзахонов С.А.[1], Шатурсунов.Шамансур.Шахайдарович[2]*	880
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ *Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А.Каракулов К.Х.*	881
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОТОМИКОЗА *Шодиева Э.Ю., Усманова Н.А., Ёкубова З.А.*	881

АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАР ЖАРОҲАТЛАРИНИНГ СУД-ТИББИЙ ТАВСИФИ *Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.*	883
АВТОМОБИЛ ТРАВМАЛАРИДА ЖАБРЛАНГАН ПИЁДА-БОЛАЛАРДАГИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАР ОҒИРЛИК ДАРАЖАЛАРИ *Шойимов Ш.У., Индиаминов С.И.*	883
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПТЕРИГИУМЭКТОМИИ *Шорустамова М.М., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш.*	884
ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТАЛАР БЕМОРЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР *Шукуров Тожали Дилмурод ўғли,Сабиров А.А.*	885
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С ДА УЛЬТРАТОВУШ ДОППЛЕР ТЕКШИРУВИНИНГ АҲАМИЯТИ *Шукуров Тожали Дилмурод ўғли, Сабиров А.А.*	886
O'RTA OSIYO HUDUDIDA "QURUQ KO'Z" SINDROMINI OLDINI OLISH VA DAVOLASHDA XALQ TABOBATI MAXSULOTLARINI QO'LLANILISHINING AXAMIYATI *Egamberdieva S.M., Haydarov B.X.*	887
ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ «ТРУДНЫЪХ» ДУОДЕНГАЛЬНЫХ ЯЗВАХ *Эгамов С., Батиров Ж.А., Изатуллаев И.Р., Носиров М.М., БатировА.К., Солижонов З.Б.*	889
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ *Эгамов С., Батиров Ж.А., Носиров М.М., Изатуллаев И.Р., Батиров А.К., Солижонов З.Б.*	890
ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ КЕЛИБ ЧИҚИШИНИНГ КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ЎРТАСИДА ПРОФИЛАКТИК ХУСУСИЯТЛАРИ *К.Н. Эргашев., Ж.А.Ганижонов, Х.К.Усмонов*	891
ВЛИЯНИЯ СОРБЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ *Эшбадалов У.Х., Хажиев Ш. Х., Тешабоев М.Г., Эшбадалов Х. Ю., Махкамова Ф.Т., Халилова Б.Р.*	892
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ *Эшбадалова З.Х., Халилова Б.Р., Мансурова П.Х., Пулатов Н.Х., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т.*	893
ПРИМЕНЕНИЕ КОНСТРУКЦИИ ГАММА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ *Юсупов Н А., Юлдашев А К.*	895
НОВЫЙ ПОДХОД ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА *Р.Р. Якубджанов, С.Б. Мадрахимов, Н.У. Исмоилов, М.Ю. Каримов*	895
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ *Яхёев С.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М.*	896
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТОРОКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ *Яхёев С.М., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М.*	897
IV-TIBBIY-BIOLOGIK FANLAR	899
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ МЕТОДОВ СОЕДИНЕНИЯ РАН ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ *Абдуллаев Р.Н., Киргизов Ш.М., Васильевский Э.А., Абдуллаева М.А.*	900
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СТРУКТУРЫ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ С УЧЕТОМ ПРОВОДИМОЙ КОРРЕКЦИИ *Абдуллаева С.Х., Хидирова Г.О.*	900
МОТИВАЦИЯ К РАЗВИТИЮ РЕЧИ НА УРОКАХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА ПО МЕТОДУ "ЦВЕТУЩИЙ ЛОТОС" *Абдуллаева М.Н. -Набиева Д.Р.*	901

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ИНОСТРАННЫМИ СТУДЕНТАМИ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ *Абдунабиева Х.М., Ахмедов Ш.С.*	902
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ЛАТЕНТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Абдунабиева Х.М.	903
СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАРЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА *Абдунабиева Х.М.*	904
FANLARARO TERMINLARNING SEMANTIK O`ZIGA XOSLIGI VA ULARNING LINGVISTIK ASOSLARI *Abduraxmanova Madina Ulugbekovna*	905
БИОЛОГИЧЕСКОЕ СОЗРЕВАНИЕ ДЕВОЧЕК ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ» *Акбарова Г. Х*	905
ОҚСИЛ ЮКЛАМАЛИ ОЗИҚЛАНИШДА ОҚ КАЛАМУШЛАР ҚУЛОҚ ОЛДИ БЕЗИ ГИСТОСТРУКТУРАЛАРИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ *Алиев Х.М., Акбарова М.Д., Шаробидинов Б.Т.*	906
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ *Алибеков О.О., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.*	906
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ. *О.О.Алибеков, Д.К.Чартаков*	907
ДИЗИОНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА *О.О.Алибеков, Д.К. Чартаков*	908
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ *Алибеков О.О., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.*	909
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *О.О.Алибеков, Д.К. Чартаков*	909
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНТРА – ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ ВОРСИНОК ТОНКОЙ КИШКИ *Х.М.Алиев*	910
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ СДВИГИ ИНТРА -ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ЛИМФОЦИТОВ ВОРСИНОК ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ *Х.М.Алиев*	910
С-ОБРАЗНАЯ КАНАЛЬНО-КОРНЕВАЯ СИСТЕМА ВТОРЫХ НИЖНИХ МОЛЯРОВ *Артикова С.У.,Бокиев М.М.*	911
KO'KRAK BEZLARI MASTOPATIYASIDA BEZ TO'QIMASINING BASOFILLARI *Asranov S.A.*	912
MIOKARD INFARKTNING KLINIK VA MORFOLOGIK SHAKLLARI *Asranov S.A.*	913
OSHQOZON SARATONINING MORFOLOGIK SHAKLLARI *Asranov S.A.*	914
МИЯЧА ЧУВАЛЧАНГИ НИШАБ БЎЛАГИ ПЎСТЛОҒИ МОЛЕКУЛЯР ҚАВАТИДА ОЁҚ АМПУТАЦИЯСИДАН КЕЙИН МОРФОМЕТРИК КЎРСАТГИЧЛАРИНИ ДИНАМИКАДА ЎЗГАРИШИ *У.Б.Ахмедов., Р.И.Исроилов*	914
ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ АНАТОМИИ СТУДЕНТАМ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА *Ахмедов Ш.С., Абдунабиева Х.М.*	915
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА *Ахмедов Ш.С.*	916
ВОЗРАСТНАЯ ИММУНОАРХИТЕКТОНИКА СЕЛЕЗЕНКИ *Ахмедов Ш.С.*	917
ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ *Ахмедов Ш.Х., Шоназаров И.Ш., Камолидинов С.А., Келеш Э.И.*	918

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ *Байбекова Г.Д.*	919
ДУОДЕНАЛЬНОЕ СОПРЯЖЕНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЭКЗОСЕКРЕЦИИ И ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА *Байбекова Г. Д.*	920
ЖАНУБИЙ ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА СУРУНКАЛИ КОНЪЮНКТИВИТ ФОНИДАГИ ИККИЛАМЧИ “ҚУРУҚ КЎЗ” СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ *Бахритдинова Ф.А., Маткаримов А.К., Максудова З.Р.*	921
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА УРОКАХ ВНЕКЛАССНОГО ЧТЕНИЯ ПО ЛИТЕРАТУРЕ *Буранова Нилуфар Шавкатовна*	922
ФОРМИРОВАНИЕ ЧИТАТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНЦИИ *Буранова Нилуфар Шавкатовна*	923
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И ПУТИ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ *Валиев М.О. Бокиев М.М.*	924
АНДИЖОН ШАҲРИДА ЯШОВЧИ МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КЎКРАК ҚАФАСИ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎСИШ ТЕЗЛИГИ ДИНАМИКАСИ *Л.Ваҳобов, И. И.Саттибаев*	925
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГРУДИ У ПЕШЕХОДОВ ПРИ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ *Гамидов С.Ш., Индиаминов С. И.*	925
UPDATES ON RECURRENT PREGNANCY LOSS *Umida Ganieva*	926
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ *Гофурова Ю.К.*	927
КУЛЬТУРА ПРАВИЛЬНОГО ПРОИЗНОШЕНИЯ *Гофурова Ю.К.*	927
ПРОИСХОЖДЕНИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ *Гофурова Ю.К.*	928
РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ СИСТЕМ ПО БИОФИЗИКЕ *Ш.А.Гуламов*	929
ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ *Жураев Б., Абдуназаров Т.*	930
CLINICAL ASSESSMENT OF MODERN ASPECTS OF CORRECTION OF HIGH REFRACTIVE ERRORS WITH USING PHAKIC INTRAOCULAR LENS: EVO + VISIAN ICL, TICL. *Zaynutdinov Nozim Nadirkhodjayevich, Kamilov Khalidjan Makhamadjanovich*	931
PROMOTING A HEALTHY LIFESTYLE AMONG THE POPULATION *Ibragimova Z.J., Isaqova N.R*	931
ОБ ОДНОЙ ОСОБЕННОСТИ ВЛАДЕНИЯ ХОРОШО УСВОЕННОЙ ЛЕКСИКИ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА *Х.М.Икрамова*	932
ВИРУСЛИ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ВИРУСГА ҚАРШИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ *Имомалиева К.М., Байжанова Ш.А.*	933
ANALYSIS OF ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN STUDYING IN SCHOOL №40 OF BAGHDAD DISTRICT *Isakova N.R., Mahmudova X.T.*	934
THE STATE IN RELATIONS OF THE MICROBE WITH - AN ANTIBIOTIC *Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.*	935
THE DEGREE OF SENSITIVITY TO ANTIBIOTICS OF VARIOUS STRAINS OF E.COLI *Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.*	935
SURUNKALI SISTIT BILAN OG’RIGAN AYOLLARDA *E. COLI* NING BIOLOGIK XUSUSIYATLARINI ANIQLASH *Isanova D.T., Azizov YU.D., Axmedova D.Q*	936
FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA TERI AUTOMIKROFLORASINI O'RGANISHNING	936

KLINIK VA MIKROBIOLOGIK AHAMIYATI *Isanova D.T., Azizov Y.D., Ibragimova L.M.*	
MIKROORGANIZMLARNING PATOGENLIGI VA VIRULENTLIGIGA TA'SIR QILUVCHI ASOSIY OMILLAR *Isanova D.T., Azizov YU.D., Axmedova D.Q*	937
ТУПРОҚ МУҲИТИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ИФЛОСЛАНИШ ҲОЛАТИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ *Искандарова Г.Т., Шерқўзиева Г.Ф., Жолмурзаев А.Д.*	937
KOMPLEKS BIRIKMALARINING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI *Kadirova Sh.A., Chalaboeva Z.M.*	938
3-АМИНО-1,2,4-ТРИАЗОЛИНИНГ АҲАМИЯТИ *Кадирова Ш.А., Чалабоева З.М.*	939
KOMPLEKS BIRIKMALARINING ORGANIZMDAGI AHAMIYATI *Kadirova Sh.A., Chalaboeva Z.M.*	940
TIBBIYOT XODIMLARINING PROFESSIONAL TILI SIFATIDA LOTIN TILI *Karimova M.I., Uraimjonov Sh.D.*	941
ANALYSIS OF PHYSICAL AND SEXUAL CHARACTERISTICS PUBERTAL AGE BOYS IN THE NAMANGAN REGION *Kaxarov Z.A., Abduraximov A.X., Mirzakarimov B.N.*	942
ТОЛЩИНА СЛОЕВ ЗРИТЕЛЬНОЙ КОРЫ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ЧЕЛОВЕКА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ *Н.К.Курбанова, Х.М. Алиев.*	942
О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЯХ У ЖИВОТНОГО РАЗНОГО ВОЗРАСТА, ПОТРЕБЛЯВШИХ РАСТВОР РАЗЛИЧНЫХ КСЕНОБИОТИКОВ *Н.К.Курбанова, А.К.Кулкараев*	943
ЭКОЛОГИК МУҲИТ ВА САЛОМАТЛИК *Н.Қ.Қурбонова, М.Р.Мамадиев, К.Аманов, Т.С.Сайдуллаев, К.Т.Мўминова, Д.Д.Юнусова*	944
ЎЗБЕК ТИЛИ ФАНИНИНГ ЎҚИТИЛИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ШАКЛЛАРИ *М.Қўзибоева*	944
КЕЙС ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ЗАМОНАВИЙ ДАРСЛАРДА ФОЙДАЛАНИШ *М.Қўзибоева*	945
ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТДА ТАЛАБАЛАР ШАХСИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ *М.Қўзибоева*	946
ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ХОЛЕФИТОСАН ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Латипова Н.К., Абдуназаров Т.*	946
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХОЛЕФИТОСАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЬЧОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ *Латипова Н.К.*	947
2020 YIL UCHUN ELIBRARY.RU MA'LUMOTLAR BAZASIDA FARMAKOEKONOMIK VA KLINIK VA IQTISODIY TADQIQOTLAR TAHLILI *Mavlyanova N.T., Agzamova N.V., Mamatova N.M.*	948
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОТИВОЯЗВЕННАЯ АКТИВНОСТЬ “ЛЕСБОХОЛА” *Мамадалиев Ш.И., Загрутдинов Ф.Ф., Болтабоева Д.Ф., Ризакова Д.П.*	948
ИМЕЮТ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ИСТОРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ВЗГЛЯДЫ ИБН СИНЫ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗМА *М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К Курбонова, С.Т.Сайдуллаев. К.Т.Муминова.*	949
BOZULBANG GULINING TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI *M.R.Mamadiyev, D.D.Yunusova, K.Amanov, K.T.Muminova, N.K.Kurbonova*	950
ВЗГЛЯДЫ ИБН СИНЫ ИМЕЮТ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ИСТОРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗМА *М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К Курбонова, С.Т.Сайдуллаев. К.Т.Муминова*	950
GAZANDA BARGI O’SIMLIGI BARGIDAN OLINGAN URTIFILLIN MODDASI YARALAR VA KUYGANLARGA QO’LLANILISHI *M.R.Mamadiyev, D.D Yunusova, S.T.Saydullayev, K.T. Muminova, N,K Kurbonova*	952
РОЛЬ ЛЕКСИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА В МЕДВУЗЕ *М.Р.Мамаджанова*	951
OZIQ-OVQAT QO'SHIMCHALARI VA ORGANIZMGA TA'SIRI *Mamazulunov N. Halimjonov B*	952
FIZIOLOGIK FAOL MODDALAR SINFLASH VA ULARNING TA’SIRI MEXANIZMLARI	954

Mamazulunov N. Turdaliyev R.	
GENI O'ZGARTIRILGAN MAXSULOTLARNING AHAMIYATI VA ULAR ORQALI KELIB CHIQADIGAN KASALLIKLAR. *Mamazulunov N., Badalboyev A.*	955
DORIVOR O'SIMLIKLARNI TIBBIYOTDA TUTGAN O'RNI VA ULARNING TURLI KASALLIKLARNI DAVOLASHDA QO'LLANILISHI *Mamazulunov N. Abdusalomov N*	957
YURAK ARITMIYASI KASALLIGINI KELIB CHIQISHI VA UNI DAVOLASHDA TABIIY MAXSULOTLARNING O'RNI *Mamazulunov N. Abdunazarova M.*	958
FERMENTLARNING TIBBIYOTDA VA AMALIYOTDA QO`LLANILISHI *Mamazulunov N. Maxsudjonova S.*	959
КЛИНИКО - МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ *Маматалиева М.А., Алибеков О.О., Маматалиев А.Р.*	960
КОНТРАКТУР ШИКАСТЛАНИШЛАРНИНГ ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА НАМОЁН БЎЛИШИ *Маматалиев А.Р., Маматалиева М.А., Шакиров С.*	961
ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ЎЛИМИДА ЎПКАДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР *Маматалиева М.А., Шакиров С., Маматалиев А.Р.*	961
ТЎСАТДАН ЮРАК ЎЛИМЛАРИ ВА ЧЕКИШНИНГ ПАРАЛЕЛЛИГИ *Маматалиева М.А. Шакиров С., Маматалиев А.Р.*	962
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТАНОЛОМ *Маматалиева М.А., Науманов М., Маматалиев А.Р.*	962
ТЎСАТДАН ЮРАК ЎЛИМЛАРИДА ЮРАКДАГИ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ *Маматалиева М.А., Науманов М., Маматалиев А.Р.*	963
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ *Маматалиева М.А., Каримжонов Х., Маматалиев А.Р.*	964
ДИНАМИКА ЛИПОИДОЗА В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ СЕРДЦА *Маматалиева М.А., Шакиров С., Маматалиев А.Р.*	964
ЭКСПЕРЕМЕНТАЛ ГИПОТЕРИОЗДА БОШ МИЯДАГИ УЗГАРИШЛАРНИ КОРРЕКЦИЯЛАШДА НЕЙРОПРОТЕКТОР ТАЪСИРИНИ УРГАНИШ *Муминова Г.А.*	965
БОШ МИЯ СЕРОТОНИН РЕЦЕПТОРЛАРИГА НИСБАТАН АУТОАНТИТАНАЧАЛАР МИҚДОРИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ГИПОТЕРИОЗ ҲОЛАТИ БИЛАН БОҒЛИҚЛИГИ *Мўминова Г.А.*	966
ТОЛАЛИ ҚЎҒА ЎСИМЛИГИНИНГ ФИЗИК ВА ФАРМАКОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ *Г.М.Мўминова*	966
ЗАҲРИ ҚОТИЛЛАРНИНГ ОРГАНИЗМЛАРГА ТАЪСИРИ *Муминова К.Т., М.Р.Мамадиев, Д.Д.Юнусова, Н.К.Курбанова*	967
СИСТЕМА ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА *Назиржонов О.Х.*	968
ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ *Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.Ў.*	969
ЧТО МОЖЕТ НАНОМЕДИЦИНА? *Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.У.*	970
ФОРМИРОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК СРЕДСТВО ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ УГРОЗЕ СО СТОРОНЫ ИКТ *Наимов Э.Г., Худайбердиева Х.У.*	971
АНДИЖОН ШАҲРИДАГИ АВТОТРАВМАЛАРНИНГ ОХИРГИ ЎН ЙИЛЛИК ИНТЕРВАЛДАГИ СТАТИСТИК ЎЗИГА ХОС ЎЗГАРИШИ *Науманов М., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.*	972
ФАРҒОНА ВОДИЙСИ АҲОЛИСИДА ТЎСАТДАН КОРОНАР ЎЛИМЛАРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДАГИ МОРФОМЕТРИК ЎЗГАРИШЛАР *Науманов М., Маматалиев А.Р., Маматалиева М.А.*	973
ЖАНУБИЙ ОРОЛ БЎЙИ ҲУДУДИДА КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ *Отажонова Д.О., Рахманова С.С.*	974

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ РАК ПРЕДСЕДАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ *Раззаков Б.Ю.*	975
МОРФОЛОГИЯ И МОРФОГЕНЕЗ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА *Раззаков Б.Ю.*	976
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ *Раззаков Б.Ю.*	977
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРЫ РАКА ЖЕЛУДКА *Раззаков Б.Ю.*	978
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И УПРАВЛЕНИИ КОВИД 19 НА ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ *Расулова М.И., Хасанова Д.А.*	979
ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОРДИР *Рахмонов Р.Р.*	980
АҲОЛИ СОҒЛИГИНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИ ТАКОМИЛЛАШИШИ *Рахмонов Р.Р.*	981
МАКТАБ ТАЪЛИМИНИ ТУБДАН ЯХШИЛАШ ВА УНИНГ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ ХУСУСИДА *Шаробиддинов Б.Т. Рахмонов Р.Р.*	982
ОНАЛИК ВА БОЛАЛИКНИ МУҲОФАЗА ЭТИЛИШИ *Шокаримова Н.Б. Рахмонов Р.Р.*	982
ТИРИКЛИК ҲИКМАТИНИ СОҒЛИҚДА, ДЕБ БИЛГИН *Акбарова М. Рахмонов Р.Р.*	983
ФАРМАЦЕВТИК ЖАРАЁНЛАРНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИНИ КОМПЬТЕРДА МОДЕЛЛАШТИРИШ *Рустамов М.М., Гоипов Э.А*	983
МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ «АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА» В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ *Рустамова Х.Р., Умарова М.З.*	984
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ *Садикова У.М.*	985
СОСТОЯНИЕ АОРТЫ КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕР- И ГИПОТИРИОЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ *Сайдуллаев Т.*	986
ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА У КРОЛИКОВ ПРИ ГИПЕР И ГИПОТИРИОЗЕ НА ФОНЕ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ *Сайдуллаев Т.*	986
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРИЯ *Сайиджанова Ф.Л.*	987
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ 1 ТРИМЕСТРА *Сайиджанова Ф.Л.*	988
МНЕМОНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА В ВУЗЕ *Салиева М.Ю. Убайдуллаев Р.Л.*	989
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У РАЗНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ *Сапиохунова Х.М.*	990
АНДИЖОН ШАҲРИДА ЯШОВЧИ МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАР КЎКРАК БОШ СОҲАСИ АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ЎСИШ ТЕЗЛИГИ ДИНАМИКАСИ *И.И.Саттибаев*	990
DEVELOPMENT OF A MICROLOGISTICS SYSTEM IN AGRICULTURE *Sultonov I.K.*	991
РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МИКРОЛОГИСТИКИ В СЕЛЬСКОМ ХОЗЯЙСТВЕ *Султонов И.К.*	991
DISEASES OF THE THYROID GLAND *Tishabaeva N.A., Isakova N.R.*	992

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АМИЛОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И СЫВОРОТКИ КРОВИ *Тожибаева Н.Л*	993
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ *Тожибаева Н.Л.*	994
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕЧКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ МУЖЧИН *Тулянова Д.Я.*	995
САМАТОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА *Тулянова Д.Я.*	996
AGE FEATURES OF IRON METABOLISM IN HEALTHY CHILDREN AND ADOLESCENTS *Turabidinova G.A.*	997
POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS OF THE IMMUNE SYSTEMS IN THE OCCURRENCE OF CARDIOVASCULAR DISEASES *Turabidinova G.A.*	998
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ *Тургунова Д.З.*	998
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛИ РАК ЖЕЛУДКА *Тургунова Д.З.*	999
N, N^1-ГЕКСАМЕТИЛЕН БИС-[(5-ФЕНИЛ-1,3,4-ТИОДИАЗОЛ-2-ИЛ) МОЧЕВИНА] НИНГ ОЛИНИШИ ВА ХОССАЛАРИ *Убайдуллаев К.Т., Ўрмонов А.А., Холбоев Ю.Х., Махсумов А.Г.*	1001
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЕ АНАТОМИИ *Убайдуллаев Р.Л., Салиева М.Ю.*	1002
НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА “АНАТОМИЯ” *Убайдуллаев Р.Л.,Салиева М.Ю.*	1002
К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОБУЧЕНИЯ АНАТОМИИ *Умарова М.З., Рустамова Х.Р.*	1003
СПОРТ – СОҒЛОМ ҲАЁТ ГАРОВИ *Хаджамуратова М.Х.*	1004
МУРОЖААТНОМАДА ИЖТИМОИЙ ҲИМОЯ МАСАЛАСИ *Хаджамуратова М.Х., Сарбоева Ш.*	1005
ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН – МАКТАБ ОСТОНАСИДАН, ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ ТИЗИМИДАН БОШЛАНАДИ *Хаджамуратова М.Х., Каримжонова С.*	1005
МУРОЖААТНОМА ВА ЁШЛАР КЕЛАЖАГИ *Хаджамуратова М.Х.*	1006
МУРОЖААТНОМА ВА МАКТАБГАЧА ТАЪЛИМ МАСАЛАСИ *Хаджамуратова М.Х., Комилова Д*	1007
МУРОЖААТНОМАДА ИНСОН САЛОМАТЛИГИНИ МУСТАҲКАМЛАШ МАСАЛАСИ *Хаджамуратова М.Х.*	1007
“ОНА ВА БОЛА СОҒЛИҒИГА ЭЪТИБОР – ЖАМИЯТГА, КЕЛАЖАККА ЭЪТИБОР *Хаджамуратова М.Х.*	1008
АҲОЛИ САЛОМАТЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШДА ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ВА СПОРТНИНГ ЎРНИ *Хаджамуратова М.Х., Хўжанова П.*	1008
САЛБИЙ ИЛЛАТЛАРНИ СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИГА ТАЪСИРИ *Хаджамуратова М.Х., Тожиева М.*	1009
ИЖТИМОИЙ РИВОЖЛАНИШ ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ МАСАЛАСИ *Халилова Х., Хаджамуратова М.Х.*	1010
ВВЕДЕНИЕ В ЦИФРОВУЮ ОБРАБОТКУ БИОМЕДИЦИНСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ *Хомидов М.Э*	1010
ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ *Хасанова Д.А.*	1011
МЕТОДЫ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЧИСТОТЫ И ПРИГОДНОСТИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ *Хасанова Ш.А.*	1012

КЛИНИК БИЛИМЛАРНИ ВА ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИНИ ЭГАЛЛАШДАГИ УМУМИЙ ГЕНЕТИКАНИНГ РОЛИ *Холиқов П.Х., Даминов А.О., Қурбонов А.Қ., Куриязова С.М., Хусаинова Х.*	1013
МЕНИНГ ЖАМОАМ – МЕНИНГ ФАХРИМ! *Хомидов И.И.*	1015
ОҚ КАЛАМУШ ОШҚОЗОНИ МОРФОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРИНИНГ ИЛК ПОСТНАТАЛ ДАВРДАГИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ *Худойбердиев Д.К.,Тешаев Ш.Ж.*	1015
ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ОСНОВНЫХ ЭКСТРАГЕНИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН *Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков*	1017
ДИЗИОНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ *Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков*	1017
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАРДИАЛЬНЫЕ ПАТОЛОГИИ ЛЮДЕЙ РАБОТАЮЩЕЙ В АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИИ *Д.К. Чартаков, О.О.Алибеков*	1018
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ *Шадиев. Б.У.*	1018
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ *Шадиев Б.У.*	1019
ЭКСПЕРИМЕНТАЛ АТЕРОСКЛЕРОЗДА ЛАДИГИНОЗИДНИ ҚУЁНЛАР ГЕПАТОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ *Шакиров С., Маматалиева М.А. Маматалиев А.Р.*	1020
АТЕРОСКЛЕРОЗ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАКРО И МИКРОСТРУКТУРЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ *Шакиров С., Маматалиева М.А., Маматалиев А.Р.*	1020
ОҚ КАЛАМУШЛАР ЖИГАРИНИНГ АНАТОМИК ВА ГИСТОЛОГИК ТУЗУЛИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ *Б.Т.Шаробидинов, Х.М.Алиев*	1021
АҲОЛИНИ ТОЗА ИЧИМЛИК СУВИ БИЛАН ТАЪМИНЛАШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ ВА УНИ ЕЧИШ ЙЎЛЛАРИ *Шерқўзиева Г.Ф., Бекмуратова С.Б., Икромова Н*	1021
ASOSIY MIKROELEMENTLARNING YORDAMCHI REPRODUKTIV TEXNOLOGIYALAR SAMARALI NATIJALARINI BASHORATLASHDAGI O’RNI *Shodiev B.V., Rasul-Zade Y.G.*	1022
HYGIENIC ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PRIMARY-MULTIPLE MALIGNANT TUMORS *Shoyunusova N.Sh.*	1023
HYGIENIC CHARACTERISTICS OF FACTORS DETERMINING THE DEVELOPMENT OF ALIMENTARY-DEPENDENT DISEASES AMONG THE POPULATION OF WORKING AGE *Shoyunusova N.Sh.*	1024
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ *Жураев М.М*	1025
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ *Жураев М.М.*	1026
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ИНФАРКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА: ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯНИЕ НА РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИСХОД *Каримов Б.Б., Мажидова Ё.Н.*	1027
РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА *Каримов Б.Б., Мажидова Ё.Н.*	1028
НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА ГИГИЕНИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ *Тожибоева Л.Р.*	1029

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДОЛИНЫ И МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ *Тожибоева Л.Р.*	1030