



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER AND
SECONDARY SPECIALIZED
EDUCATION OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



ANDIJAN STATE
MEDICAL INSTITUTE



UNIVERSITY ROSTOCK

www.adti.uz

March 24, 2023.

**International scientific and practical
conference on International scientific and
practical conference in cooperation with
University Rostock on**

**"Innovative approach to the
treatment of urological
diseases"**

MATERIALS



Andijan

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"



SCIENTIFIC EDITOR

M.M.MADAZIMOV

RESPONSIBLE EDITORS

**K.Z.SALAKHIDDINOV
J.A.JOHONGIROV
G.N.MAMATKHUJAEVA**

**MEMBERS OF THE
EDITORIAL BOARD**

**M.A.SHADMANOV
U.M.RUSTAMOV
D.I.SADIKOVA
SH.Y.BUSTANOV**

**COMPUTER GRAPHICS
EDITORS**

**F.A.ABDULXODIMOV
Y.S.GROMOV**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ CLAVIEN ПРИ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ У ДЕТЕЙ

Абдукаримов О.О., Наджимитдинов Я.С., Шавахобов Ш.Ш., Косимов О.И.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» Ташкент.

Актуальность проблемы. Из-за анатомических особенностей и специфического метаболизма вероятность рецидива нефролитиаза у детей выше по сравнению с взрослыми пациентами. Поэтому методом выбора при лечении пациентов детского возраста являются малоинвазивные вмешательства, в частности перкутанная нефролитотомия. Хотя этот метод признан эффективным и безопасным способом избавления детей от камней, но применение его может сопровождаться осложнениями. Однако нет единодушия и возможности проведения статической обработки различных по тяжести осложнений. Классификация Clavien позволяет оценить осложнения по степеням, в зависимости от их «тяжести» и используется в хирургии.

Цель исследования. Мы применили модифицированную систему Clavien для оценки осложнений при применении эндоскопического лечения детей с нефролитиазом.

Материалы и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка результатов перкутанной нефролитотомии у 102 пациентов выполненных с сентября 2006 по август 2013 года. Пациенты были разделены на три группы, младшего возраста (пять лет и младше, 1 группа), дошкольники (5-7 лет, группа 2) и школьники (8-16 лет, группа 3). Все операции проведены урологами, имеющими достаточный опыт выполнения подобных вмешательств, используя стандартную методику (под контролем ультразвукографии и рентгеноскопии). Камни в почке были фрагментированы с помощью пневматического литотриптора и удалены используя щипчики. Во всех случаях использовали ригидный нефроскоп 24-26 Ch.

Результаты исследования. Площадь камней составила от 120 до 2870 мм². Нарушение функции дренажа (подтекание мочи мимо установленного в почку дренажа) наблюдали у 12 (11,7%) детей, что было связано с компрессией его телом ребенка. Субфебрильную температуру тела обнаружена в 22 (21%) случаях, у детей младшей возрастной группы и ликвидирована с помощью применения антипиретиков. Гипертермию более 38°C (II степень осложнений) наблюдали у 18 (17,6%) детей, причиной которой было обострение инфекции мочевого тракта. При этом в 12 случаях это были дети младше 7 лет. Однако ни в одном случае не было явлений синдрома острого системного воспалительного ответа и обострение было ликвидировано с помощью усиления/изменения антибактериальной терапии. Окрашивание кровью мочи выделяемой по нефростоме было в 32 (31%) случаях (в третьей группе у трех пациентов, первой и второй -29 больных). Ни в одном случае не было потребности в гемотрансфузии или каких либо вмешательств для остановки кровотечения. Летальный исход был в одном случае (V степень осложнений) вследствие тяжелой степени почечной недостаточности у ребенка с коралловидными камнями в обеих почках. Сравнительный анализ выявил, что факторами риска, которые являются причинами осложнений, были размеры камня (95% случаев; $p=0,03$) и длительность оперативного вмешательства (95% случаев; $p=0,009$).

Выводы. Перкутанная нефролитотомия у детей является безопасным, вполне осуществимым и эффективным способом лечения. Размеры камней и длительность оперативного вмешательства являются факторами риска для возникновения осложнений. Применение классификации осложнений по степеням предложенная Clavien при осуществлении удаления камней из почки с помощью эндоскопа позволяет систематизировать и мониторировать исходы вмешательства. Широкое внедрение этой

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

классификации позволит оценить и сравнить результаты малоинвазивных вмешательств выполняемых в различных клиниках и странах. Однако эта классификация нуждается в изменении для оценки результатов лечения у детей учитывая особенности возраста подобного рода пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНЕФРИТА

Абдулазизов С.А.

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 брюшинного 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 ретроперитонеальный доступ более целесообразным.

РОЛЬ УЗИ И КТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Абдулазизов С.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Проанализированы 100 пациентов с кистозными образованиями почек, разделённых на 4 основные категории по классификации (М.А. Bosniak). Изучены характеристики кист,

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

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 кальциаты - у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 - лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем экзогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки - у 4, множественные кальциаты - у 4. В 8 случаях образования и были доброкачественными, в 2 - злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперационном 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 (М.А.Восняк) и оптимально сочетать проведения УЗ-исследований и КТ для диагностики и лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ α 1-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдулазизов С.А., Адашев А.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности и безопасности α 1-адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Материал и методы исследования: За период 2018-2020 гг. наблюдалось 108 больных 55-82 лет доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные комбинации terazолина, альфузозина и тамсулозина. Препараты назначались параллельным группам больных, одни из которых сначала получали вазоактивный α 1-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, terazолин (5 мг/сут) - 35, альфузозин (10 мг/сут) - 10 пациента.

Результаты исследования: У лиц, последовательно принимавших тамсулозин и terazолин (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 terazолина 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

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

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.

Вывод: Полученные в ходе настоящего исследования данные продемонстрировали высокую эффективность препаратов во всех группах пациентов.

РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ЛИМФОИДНЫМИ УЗЕЛКАМИ И ИХ ПЛОЩАДИ МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ЧЕЛОВЕКА

Абдулазизов С.А., Рустамов У.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить расстояния лимфоидных узелков и их площади мочеточников и мочеиспускательного канала у человека.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили лимфоидные узелки мочевыводящих путей, которые были изучены на 367 окрашенных гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону микропрепаратах стенок мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, содержащих лимфоидные узелки. Материал микроскопического исследования составили кусочки стенок мочеточников, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, взятые из 121 плоскостного препарата, изученного макроскопически.

Данные морфометрического исследования обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования: Исследования показали, что минимальные расстояния между лимфоидными узелками в взрослых людей (до первого периода зрелого возраста) составляют около 300 мкм, у мочевого пузыря у детей и юношей – 300–400 мкм в верхушке, теле, дне и шейке и 200–300 мкм – в треугольнике. Максимальные расстояния между лимфоидными узелками у детей, подростков и юношей составляют: в стенках мочеточников - 500-800 мкм, у мочеиспускательного канала – 450 мкм, у мочевого пузыря – 600- 1000 мкм в верхушке, теле, дне и шейке и 400-500 мкм – в треугольнике. В последующие возрастные периоды эти расстояния увеличиваются и становятся максимальными в старости.

Площадь лимфоидных узелков на гистологических срезах от момента рождения ($4,0 \pm 5,0 \times 10^{-2} \text{мм}^2$) к подростковому возрасту увеличиваются: у мочеточника – до $11,3 \pm 0,9 \times 10^{-2} \text{мм}^2$, у мочевого пузыря – до $9,6 \pm 0,8 \times 10^{-2} \text{мм}^2$, у мочеиспускательного канала – до $11,0 \pm 1,1 \times 10^{-2} \text{мм}^2$. У взрослых людей в стенках мочеточников и мочеиспускательного канала площадь лимфоидных узелков по мере увеличения возраста уменьшается, тогда как у мочевого пузыря эта величина увеличивается в пожилом ($12,0 \pm 1,2 \times 10^{-2} \text{мм}^2$).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы: Резюмируя выше описанных следует отметить, что в постнатальном онтогенезе расстояния между лимфоидными узелками и их площади изменяются не одновременно и с различной интенсивностью.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТОНИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Абдулазизов С.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Атония мочевого пузыря (АМП) – собирательное понятие, включающее заболевания, возникающие вследствие различных нарушений деятельности центральной и периферической нервной системы и проявляющиеся нарушением нормального функционирования мочевого пузыря. Предложены следующие операции при АМП: пересадка мочеточника в сигмовидную или прямую кишку, эпицистостомия, уретерокутанеостомия, пересечение или разрушение полового нерва. Все операции вместе с преимуществами имеют и свои недостатки.

Цель. оптимизация хирургического лечения больных с атонией мочевого пузыря.

Материалы исследования. Сравнительное исследование проведено на 13 пациентах, поступивших в отделение урологии клиники АГМИ по поводу нейрогенного мочевого пузыря. Из анамнеза у 9 больных причиной являются травмы опорно-двигательного аппарата (ТОДА), у 4 пациентов колопроктологические операции (КПО).

Результаты исследования показали, что у 1 пациента задержка мочеиспускания разрешилась однократной катетеризацией мочевого пузыря. 6 пациентам произведена цистостомия, 1 пациенту была произведена эпицистостомия. 7 больным с ТОДА и КПО было проведено совместное лечение с невропатологами. У 2 больных была произведена операция «Ремускуляризация мочевого пузыря». При диспансерном наблюдении было установлено, что АМП у больных с эндоурологическими вмешательствами (цистостомия и эпицистостомия) после удаления цистостомы повторно наблюдалась в течение года.

При операции «Ремускуляризации мочевого пузыря» у больных наблюдался длительный послеоперационный период, но функция мочевого пузыря была восстановлена полностью.

Вывод: Исходя из вышеследующего следует, что несмотря на трудности и длительный реабилитационный срок, желательно если нет противопоказаний проводить операцию на «Ремускуляризацию мочевого пузыря», для последующего предотвращения повтора АМП.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н., Асатуллаев А.Б., Гайбуллаев О.А.
Клиника "Akfa MedLine"

Актуальность: Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, перкутанная нефролитотомия (миниПНЛТ) рекомендуется в качестве основного варианта лечения крупных камней почек (> 20 мм), а также камней > 10 мм в нижнем полюсе почки. Миниатюризация инструментов, особенно нефроскопов меньшего размера, и возможность использования лазеров снижают заболеваемость и улучшают результатов лечения.

Цели исследования. Настоящее исследование было направлено на оценку безопасности и эффективности мини-ПНЛТ у детей дошкольного возраста.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Материал и методы. С августа 2019 г. по август 2022 г. в нашем медицинском центре АкфаМедЛайн 52 детям раннего возраста выполнена бездренажная (tubeless) мини-ПНЛТ с антеградной фиксацией стента. Все процедуры выполнены нефроскопом Karl Storz MIP system 12F с металлическим тубусом 16F. Дробления камня производили гольмиевым лазером. Все случаи завершены стентированием мочеочника без оставления нефростомы.

Результаты: В исследование было включено 52 ребенка (42 мальчика, 10 девочек) средний возраст составил 54,5 (17-75) месяцев. Средний размер камней составил 19,0 (15-24) мм. Камни почек локализовались в почечной лоханке (n=34), нижнем полюсе (n=11), среднем полюсе/верхнем полюсе (n=7). Все почечные доступы выполнялись в положении лежа на животе (prone), под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Уровень очищенности от камня составил 98%. Среднее время операции составило 68,5 (45-92) мин. Время пребывания в стационаре во всех случаях составило 2-3 дня. Мочеточниковый стент во всех случаях удаляли лигатурой прикрепленной к стенту, через бок без анестезии, в 40 (76%) случаях на третьи сутки и в 12 (24%) случаях на пятые сутки после операции. Кровотечения и боли при удалении стента не было.

Выводы: мини-ПНЛТ является безопасной и эффективной методикой у детей.

ПИЛОТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОГО ВОПРОСНИКА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Худайбергенов У.А., Абдукаримов О.О.

Ташкентская медицинская академия

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии».

Цель исследования. Оценить возможность использования универсального вопросника в условиях первичного звена здравоохранения для выявления наиболее распространенных урологических заболеваний.

Методы исследования. Пилотное тестирование разработанного универсального вопросника осуществлено в Алмазарском районном медицинском объединении. Больные были приняты по обращаемости их для обследования и лечения по различным нозологиям. Обследовано всего 77 пациентов (средний возраст составил $39,6 \pm 1,21$ лет). Критериями включения в исследование были лица обоего пола в возрасте от 1 года и старше.

Пациенты были опрошены традиционным методом и с помощью универсального вопросника. Выясняли наличие или отсутствие симптомов урологических заболеваний, и результаты каждого из методов опроса в отдельности сравнивали с результатами объективных методов исследования (УЗС почек, мочевого пузыря и простаты у мужчин, анализ мочи, выполненный при помощи тест-полосок).

Для определения надежности и обоснованности универсального вопросника в определении наличия симптомов урологического заболевания оценили его степень чувствительности, специфичности и точности.

Результаты. На первом этапе исследования при традиционном методе опроса было установлено, что из 77 пациентов 30 (39,0%) отметили наличие у них урологического заболевания, 47 (61,0%) – отрицали.

На втором этапе обследования применяли разработанный универсальный вопросник у тех же пациентов. В результате установлено, что из 77 пациентов 64 (83,1%) отметили наличие симптомов урологических заболеваний, 13 (16,9%) – отрицали.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Из 30 случаев, при которых с помощью традиционного опроса был выявлен симптом заболевания, подтверждение объективными методами исследования получено в 21 случаях, а в 9 случаях урологическое заболевание не выявлено. Из 47 случаев, когда с помощью традиционного опроса симптомы урологического заболевания не были обнаружены, в 14 случае объективными методами исследования отсутствие болезни было подтверждено, но в 33 случаях результаты традиционного опроса были ложноотрицательными. Получены следующие значения теста при традиционном опросе: чувствительность – 38,9%, специфичность – 60,9%, точность – 45,5%.

Из 64 случаев, при которых с помощью универсального вопросника были выявлены симптомы заболевания, подтверждение объективными методами исследования получено в 51 случаях, а в 13 случаях урологическое заболевание не выявлено. Из 13 случаев, когда при помощи универсального вопросника симптомы урологического заболевания не были обнаружены, в 10 случаях объективными методами исследования отсутствие болезни было подтверждено, но в 3 случаях результаты опроса были ложноотрицательными, т.е. в 3 случаях опрос с использованием универсального вопросника не смог обнаружить имеющееся урологическое заболевание. Получены следующие значения теста при опросе с использованием универсального вопросника: чувствительность – 94,4%, специфичность – 56,5%, точность – 79,2%

Выводы. Сравнительный анализ результатов различных методов опроса, проведенных в Алмазарском РМО, по определению диагностической эффективности изучаемых методов опроса, показал, что универсальный вопросник является более чувствительным и эффективным, чем традиционный метод опроса в диагностике наиболее распространенных урологических заболеваний. Включение в комплекс диагностических исследований разработанного вопросника повышает эффективность и объективность диагностики наиболее распространенных урологических заболеваний в условиях первичного звена здравоохранения.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ УНИВЕРСАЛЬНОГО ВОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Акилов Ф.А. Худайбергенов У.А. Абдукаримов О.О.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования – оценка диагностической эффективности универсального вопросника для диагностики урологических заболеваний.

Методы исследования. Исследование проведено в условиях лечебно-диагностического отделения Республиканского специализированного центра урологии (РСЦУ). Обследовано 55 пациентов, средний возраст пациентов составил $47,6 \pm 1,2$ лет. Для обследования пациентов применялся специально разработанный универсальный вопросник, предназначенный для определения симптомов урологических заболеваний. Предварительно был проведен традиционный опрос пациентов, затем им предлагалось заполнить вопросник. Для оценки информативности универсального вопросника была проведена сравнительная оценка результатов опроса (традиционного или с использованием универсального вопросника) с результатами объективных методов исследования, с определением чувствительности, специфичности и точности двух различных методов опроса. Объективные методы исследования включали: физикальный осмотр, ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы, анализ мочи с применением тест-полоски, по показаниям проводилась микроскопия

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

осадка мочи. Мужчинам 50 лет и старше определяли объем остаточной мочи и среднюю скорость потока мочи.

Результаты. Результаты тестирования, показали, что при традиционном методе опроса 38 (69,1%) из 55 пациентов отметили наличие у них симптомов урологических заболеваний, 17 (30,9%) – отрицали. При опросе с заполнением универсального вопросника 40 (72,7%) из 55 пациентов отметили наличие симптомов урологических заболеваний, 15 (27,3%) – отрицали.

Сравнительная оценка результатов традиционного опроса и результатов объективных методов показала, что из 38 случаев, при которых с помощью традиционного опроса был выявлен симптом заболевания, подтверждение объективными методами исследования получено в 33 случаях, а в 5 случаях урологическое заболевание не выявлено. Из 17 случаев, когда с помощью традиционного опроса симптомы урологического заболевания не были обнаружены, в 12 случаях объективными методами исследования отсутствие болезни было подтверждено, но в 5 случаях результаты традиционного опроса были ложноотрицательными.

Сравнительная оценка результатов опроса с использованием универсального вопросника и результатов объективных методов показала, что из 40 случаев, при которых с помощью универсального вопросника были выявлены симптомы заболевания, подтверждение объективными методами исследования получено в 36 случаях, а в 4 случаях урологическое заболевание не выявлено. Из 15 случаев, когда при помощи универсального вопросника симптомы урологического заболевания не были обнаружены, в 13 случаях объективными методами исследования отсутствие болезни было подтверждено, но в 2 случаях результаты опроса были ложноотрицательными.

Результаты оценки диагностической эффективности изучаемых методов опроса показали, что при традиционном опросе чувствительность метода составила 86,8%, специфичность – 70,6%, точность – 81,8%, а при опросе с использованием универсального вопросника - 94,7%, 76,5%, 89,1% соответственно.

Результаты сравнительного анализа диагностической эффективности изучаемых методов опроса показали, что оба метода опроса являются достаточно эффективными методами диагностики урологических заболеваний.

Вывод. Разработанный универсальный вопросник обладает достаточно высокой степенью чувствительности, специфичности и точности, по своей информативности не уступает традиционному методу опроса, и может быть использован в качестве диагностического инструмента для выявления наиболее значимых урологических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКАЛЬНОЙ ДВУСТОРОННОЙ СРАВНИТЕЛЬНОЙ СКРОТОАКСИЛАРНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОШОНКИ

Аллазов И.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Доказано, что температура тела означает показатели теплового состояния организма, которая является важнейшим условием нормальной жизнедеятельности. Наличие в организме зон с разной температурой (голова-33,5 С, нос-33,9 С, шея-34,0 С, груд - 33,3 С, кист – 30,0 С, живот -31,1 С, ягодица – 32,5 С, бедро – 32,2 С, голень – 30,0 С, стопа 29,9 С,) не позволяет однозначно определить температуру тела. Для характеристики её часто пользуются понятием средневзвешенной температурой, которую вычисляют как среднюю температуру всех участков тела.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Теоретически известно повышение температуры в области левой половине мошонки при варикоцеле, что связывают застоем венозной крови в яичковых венах, который в первую очередь приводит к нарушению сперматогенеза.

Цель. Для точного измерения температуры области мошонки мы решили измерять её сравнительно мультилокально в обеих боковых поверхностях мошонки и в обеих подмышечных областях.

Материал и методы исследования. За 2016-2022 годы под наблюдением находилось 355 больных с варикоцеле (1 ст.-9; 2 ст.-98; 3 ст.- 249). Возраст колебался в пределах 15-65 лет

Результаты. Установлено что хотя термометрия является рутинным методом и отражает состояние кровотока яичек через кожу мошонки, видоизменение её в виде орхидоксиллотермометрии даёт конкретные цифровые данные. Мы для всех больных пользовались ртутным медицинским термометром, Исследование проводилось в кабинетах, при комнатной температуре (+24 ±2°). До исследования пациента за 10 - 15 мин следует раздеть для адаптации к температуре окружающей среды. При варикоцеле разница температуры варьировала от 1,0 до 3,0° С, после операционном периоде этот градиент исчезал. Мультилокальная орхидотермометрия устанавливает факт гипертермии мошонки при варикоцеле, который сильно варьирует при его острых осложнениях. Мы сравнительно измеряли температуру обеих половин мошонки и подмышечных областей..

Заключение. Таким образом, применение мультилокальной двусторонней сравнительной скротоаксиллярной термометрии в практике урологов способствует более объективному и точному измерению сдвигов температуры в области мошонки при различных заболеваниях её органов, в том числе при варикоцеле, по сравнению другими частями организма.

ПРЕИМУЩЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МОШОНКИ ПО ЛИНИИ ВЕСЛИНГА

Аллазов И.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. При операциях на органах мошонки по поводу разных заболеваний, если они односторонние разрезы кожи мошонки обычно производят на соответствующей стороне заболевания или повреждения (Назаров Т.Х. и соавт., 2020; Коган М.И. и соавт., 2021; Rogue M. et al., 2018), В то же время трудности и сложности возникают в случаях двустороннего процесса, трогующего оперативного вмешательства в обеих половинах мошонки. Проблематично также двусторонние оперативные вмешательства на обеих яичках (орх-, пульпэктомия) при раке простаты. До сих пор многие производят разрезы на обеих боковых поверхностях мошонки, что так или иначе является травматичным.

Целесообразным считается разрез по срединной линии Веслинга (raphe scroti) с целью доступа обеим половинам мошонки и её органам, т.н. симультанной операции при различных заболеваниях (Аллазов С.А. и соавт., 2020, 2021).

Симультантные операции выполняются на разных органах через один доступ. В отличие от мультиорганных операциях вмешательства на разных органах осуществляются одномоментно через разные доступы. Для осуществления симультантных операций на органах обеих половин мошонки наиболее удобным считается разрез по средней линии мошонки, которая называется по имени ученого, впервые описавшего её – линией Веслинга. Изучение возможностей оперативного лечения заболеваний органов одной или обеих

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

половин мошонки, посредством чрезмошоночного доступа по линии Веслинга является актуальной задачей в практической урологии и андрологии.

Материал и методы. С 2016 по 2022 гг. наблюдали 154 больных. Из них было прооперировано 90 больных с односторонней, 59 больных с сочетанной патологией обеих половин мошонки и 23 больных с раком предстательной железы T4N0M0. Оперативное лечение осуществлялось посредством единого чрезмошоночного доступа по линии Веслинга.

Результаты и их обсуждение. По данным объективного осмотра и ультразвукового исследования из 90 больных с односторонней патологией у 44 пациентов обнаружили кисты семенного канатика, у 23 кисты яичка, эпидидимит – у 17, орхит – у 8, орхоэпидидимит – у 6. Из 54 пациентов у 16 отмечались кисты придатков обоих яичек, у 12 пациентов – киста семенного канатика и киста придатка противоположного яичка, 8 больных было прооперировано по поводу гидроцеле с одной стороны и кисты придатка яичка с другой стороны. У 18 пациентов с раком предстательной железы T4N0M0 указанным доступом была произведена двусторонняя пульпэктомия с последующим лечением антиандрогенами.

Выводы.

1. Односторонняя скрототомия или двустороннее симультанное оперативное вмешательство посредством единого доступа по линии Веслинга позволяет производить одновременно несколько операций на обеих половинах мошонки и является наиболее оптимальным доступом при сочетанной патологии органов мошонки (двустороннее варикоцеле, киста придатка яичка, водянка, липома мошонки, семенного канатика и др.).

2. Особенно удобен этот доступ для выполнения двусторонней орхиэктомии или пульпэктомии на поздних стадиях рака предстательной железы или же при опухолях яичек. Кроме того, при ушивании кожи мошонки такой доступ оставляет практически незаметный послеоперационный рубец, напоминающий линию Веслинга.

НОВЫЙ ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАТИК ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Аллазов С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время в связи с увлечением малоинвазивными методами лечения и технологий почти забыто использование гемостатических растительных препаратов при традиционной (открытой) аденомэктомии, хотя к которой в более половине случаев приходится прибегать в практической урологии. Убедительно доказан гемостатический эффект препарата «лагоден» при аденомэктомии простаты. Также при единичных случаях аденомэктомии П.М. Шорлуян (1957) и И.М. Мамышевым (1957) в качестве гемостатика использован кровоостанавливающий препарат лагохилус.

Цель. В этом смысле привлекательным является, как нам кажется, настой и настойка из лагохилуса, разрешенные фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР ещё 8 января 1955г., как кровоостанавливающее средство препаратов лагохилуса, а в последующем – и как седативного средства (Акопов И.Э., 1957).

Материалы и методы. Контингент больных состоял из пациентов с заболеваниями и патологическими состояниями нижних мочевых путей (уретроррагия, геморрагический цистит, кровотечения во время, в послеоперационном и отдаленном периодах после аденомэктомии, опухоли мочевого пузыря), сопровождающиеся кровотечениями, с

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

макрогематурией, операционными ранами, гангреной Фурнье и повреждениями наружных половых органов.

Настой водный лагохилуса (1:10 или 1:20) — 5% и 10% готовится, согласно государственной фармакопее СССР, VIII издания, из расчета 1 г чашелистиков на 10 г кипятка (5% настой) или 1 г чашелистиков на 20 г кипятка (20% настой). Настойка лагохилуса опьяняющего (тинктура) готовится из чашелистиков настаиванием на 96° спирте (этиловом алкоголе) в течение 12 дней, при периодическом встряхивании, при соотношении: 10 частей (весовых) чашелистиков на 90 частей (объемных) спирта

Описанные препараты были применены у 155 больных (32-уретроррагия, 14-геморрагический цистит, 7-опухоли мочевого пузыря, 60- во время операции и ближайшие и послеоперационные периоды после аденомэктомии, и у 42-операционные раны) Гемостаз при различных случаях осуществляется следующим образом: после очищения кровяных сгустков уретры и мочевого пузыря путем катетеризации, при помощи одноразового шприца непосредственно в уретру и мочевой пузырь вводится 10% водный настой лагохилуса опьяняющего соблюдая требования антисептики, приготовленные накануне в аптечных условиях. Процедура повторяется в зависимости от течения патологического процесса 1 раз в сутки в течение 5-6 дней, или же установив в мочевой пузырь трехпросветный катетер типа Фолей, проводится непрерывное сквозное промывание в течение нескольких суток.

С целью гемостаза при оперативных вмешательствах и повреждениях на кровоточащую поверхность операционной раны или на область травмы прикладывается салфетка, смоченная настоем лагохилуса на 3-4 мин, что заменяет такие слишком инвазивные способы гемостаза, как перевязка или прижигание (электрокоагуляция).

Результаты. Моновариантный анализ полученных результатов показал, что применение настоя лагохилуса в виде инстилляций способствует прекращению кровотечения из уретры или мочевого пузыря в течение от 10 мин до 1 часа.

Временное (в течение 5-6 мин) приложение турунды, смоченной настоем и настоем лагохилуса в ложе аденомы из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, у 2-х пришлось прибегать к электрокоагуляции, а у одного — к ушиванию. При сквозном орошении полости мочевого пузыря за 2-3 суток у больных с геморрагическим циститом или опухолью мочевого пузыря, а также при операции аденомэктомии макрогематурия прекратилась, мочевой пузырь удалось очистить от кровяных сгустков и стало возможным осуществление оперативного вмешательства (цистолитотрипсия-2, цистолитотомия-2, резекция стенки с дивертикулом-2, резекция мочевого пузыря с опухолью - 4). Гемостаз во время операции аденомэктомии осуществлялся путем временной (в течение 5-6 мин) тампонады турундой смоченной настоем лагохилуса. После 1 или 2-3-кратной кратковременной тампонады обычно достигается гемостаз. Из 60 больных у 59 удалось осуществить гемостаз таким способом, только у 1- пришлось ушивать ложе.

После операции у всех больных в течение — 4-5 дней осуществлялось орошение полости мочевого пузыря через дренажные трубки дезинфицирующим раствором с добавлением настоя лагохилуса из расчета 1000 мл дез р/р: 100 мл настоя. В дальнейшем в отдаленных сроках после операции (1-6 мес.) у 9 больных отмечалось макрогематурия (6) и тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками (3) по различным причинам (камни мочевого пузыря -3, дивертикулы -2, гнойно-геморрагический цистит -4). Им были установлены трехпросветный катетер Фолей и осуществлены непрерывное промывание мочевого пузыря дезинфицирующим раствором + настоем лагохилуса в вышеуказанном расчете.

Настойку лагохилуса мы использовали при гемостазе операционной раны в ходе самой операции (37 больных) и в послеоперационном периоде для гемостаза в связи с

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

кровотечением при удалении дренажных трубок (3 больных) и при ревизии после операционной раны (2 больных). Во всех случаях был получен гемостатический эффект в первые минуты манипуляциями.

Обсуждение. Практических врачей, в том числе урологов живо интересует применение гемостатиков, получаемых из лекарственных растений, произрастающих в своих регионах. Известные местные гемостатические препараты, как перекись водорода, адреналин, эпсилон-аминокапроновая кислота, капрофер, воск, инфузол, коллагеновые пластины обладают побочными свойствами (раздражение, прижигание и дубирование ткани, некротизирование, токсическое действие), а также отличаются высокой дороговизной. В связи с этим нами проведен анализ эффективности различных способов гемостаза при кровотечениях урологического характера, уделением основного внимания на гемостатические свойства водного настоя и спиртовой настойки лагохилуса опьяняющего (син. *Lagochilus Inebrians* Bunge - лат., заячья губа опьяняющая – русск., гангитувчи бозулбанг или бангидевона – узб., товшандодак – туркм. Из 32 больных уретроррагия у 16 возникли после травмы уретры (у 9-ятрогенного характера во время инструментальных исследований и бужирования, у 5-при переломе тазовых костей, у 2-при повреждениях полового члена). Инстилляцией настоем лагохилуса из 32 больных у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, у 2-х пришлось прибегать к экстренной эпицистостомии и электрокоагуляции, а у одного – первичному ушиванию уретры. При геморрагическом цистите инстилляцией или орошением полости мочевого пузыря трехканальным катетером в течении 2-3 дней уже способствует исчезновению макрогематурии, а через 3-5 дней у 10 больных, (71,4%) исчезли эритроциты. Исчезновение ишурии у всех больных, лейкоциты у 9 больных на 3-5 дни свидетельствует не только о кровоостанавливающим свойстве, но и о противовоспалительном эффекте препаратов лагохилуса. При опухолях мочевого пузыря у 7 больных в случае макрогематурии (у 5 больных) или тампонады (у 2 больных), эффективным оказалось непрерывное сквозное промывание полости мочевого пузыря настоем и настойкой лагохилуса, как первичная экстренная помощь до подготовки к радикальной (у 4 больных) или паллиативной (у 1 больного). По нашим данным применение настоя или настойки лагохилуса при доброкачественной гиперплазии простаты имеет широкий диапазон: гемостаз ложа аденомы во время операции аденомэктомии, в ближайшие дни после операции и отдаленные сроки операции. Настойку лагохилуса мы использовали с хорошим эффектом при гемостазе операционной раны в ходе самой операции (37 больных) и в послеоперационном периоде в связи с кровотечением при удалении дренажных трубок (3 больных) и при ревизии после операционной раны (2 больных).

Выводы. Применение настоя и настойки лагохилуса упрощает технику гемостаза, является надежным фармакологическим способом остановки кровотечения из нижних мочевых путей и после операционной раны, создает условия для оптимального формирования структуры и физиологии кровоточащей тканевой поверхности (мало- или неинвазивность), и что немаловажно обходится намного дешевле, чем другие способы гемостаза.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ЗАБЫТЫЙ И НЕ ЗАБЫТЫЙ МУЛЬТИЛОКАЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ (МЛИИ) В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аллазов С.А., Аллазов Х.С, Маманазаров Д.М.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Степень интоксикации организма при остром пиелонефрите целесообразно оценивать на основании лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), который вычисляют по формуле Я.Я. Кальф-Калифа. Определение степени интоксикации при острых гнойных воспалительных процессах, по данному методу до сих пор не потеряло своё клиническое значение. Средняя величина индекса интоксикации у людей, страдающих хроническими заболеваниями, не требующими неотложной хирургической помощи равняется от 1,0-1,5 до 2,0 ед. Индекс интоксикации выше 2,0 ед. несомненно, указывает на наличие острого воспалительного процесса, требующего неотложного оперативного вмешательства.

Цель. Определить значение определения ЛИИ путем забора крови не только из периферии, но из участка поражения (поясничная, надлобковая, область мошонки).

Материал и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование, включающее, в числе прочего, определение лейкоцитарного индекса интоксикации, и инструментальное обследование 50 больных с мочевой инфекцией.

Адаптирование лейкоцитарного индекса интоксикации для диагностики степени интоксикации при мочевой инфекции способствует сравнительной характеристике клиничко-лабораторных признаков воспалительной активности в соответствии с данным показателем и количественной оценке проводимой дезинтоксикационной терапии у больных с мочевой инфекцией. Проводились клиничко-анамнестические, лабораторные, биохимические, инструментальные методы исследования.

Результаты. Нами был модифицирован лейкоцитарный индекс интоксикации: кровь для общего анализа берется из пальца, в области правой и левой почек и по каждому из них в отдельности высчитывается ЛИИ. По разнице между этими показателями (на здоровой и больной стороне) определяется степень воспалительного процесса и интоксикации организма. При двустороннем воспалительном процессе сравнение проводится по ЛИИ крови, взятой из пальца. Мультилокальный ЛИИ у больных определялся в день поступления, на 1, 3, 7-е сутки после поступления, а также перед выпиской. Цифровые показатели высчитывались по формуле

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{Ми} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С})(\text{ПЛ} + 1)}{(\text{Л} + \text{Мо})(\text{Э} + 1)},$$

где Ми – миелоциты; Ю – юные; П – палочкоядерные; С – сегментоядерные; ПЛ – плазматические клетки Тюрка; Л – лимфоциты; Мо – моноциты; Э – эозинофилы. По его данным, у здоровых людей $\text{ЛИИ} = 1,0 \pm 0,5$. Чем больше показатель, тем выраженнее интоксикация.

У пациентов с инфекцией мочевого тракта исходные данные были получены из общего анализа крови, взятого в первые часы после поступления в стационар. Установлено, что средний показатель у больных, перенесших инфекцию мочевого тракта. ЛИИ, определенный в крови, взятой из пальца, При инфекции мочевого тракта ЛИИ изучен нами у 50 больных, мужчин было 24 человека, женщин - 26.

Выводы. Для объективизации показателя нами предложено сравнительное определение МЛИИ по общему анализу крови, взятому из пальца, и из области почек. Определение лейкоцитарного индекса интоксикации при инфекции мочевого тракта позволяет обеспечить

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

своевременную диагностику степени интоксикации при острых воспалительных процессах, в частности при мочевиной инфекции, а также решает вопросы оценки проводимой дезинтоксикационной терапии.

МУЛЬТИОРГАННАЯ ОПЕРАЦИЯ

Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Мультиорганные операции – это хирургические вмешательства на двух и более органах выполняемые в один этап по поводу одного или нескольких заболеваний. Эти хирургические вмешательства чаще выполняются хирургами, онкологами, трактуя как комбинированные операции. Выполнение нескольких операций на разных органах через один доступ под общим наркозом (симультантные операции) считаются рациональными в смысле экономии времени, малой травматизации, наименьших нарушений гомеостаза организма. Однако осуществление нескольких операций на разных органах и системах организма, соблюдая принцип мультимодальности, хотя и через разные доступы, но в течение одноразового наркоза также считается рациональным.

Цель исследования. Описание редкой мультиорганной операции по поводу желчнокаменной болезни, паховой грыжи, стриктуры уретры и доброкачественной гиперплазии простаты.

Материал и методы. Больной Г.Х., 76 лет, госпитализирован по 26.09.2014 г. в хирургическое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Результаты исследования. Жалобы при поступлении на резкие боли в правом подреберье, тошноту, сухость во рту, затрудненное мочеиспускание с выделением мочи по каплям, выпячивание в левой паховой области, слабость.

Анамнез: больным себя считает в течение 4 суток, заболевание связывает с употреблением жирной пищи. В связи с усилением болей в подреберье и ухудшением мочеиспускания доставлен в Самаркандский филиал РНЦЭМП каретой скорой помощи. В 1994 г. произведена операция герниотомия по поводу правосторонней паховой грыжи. В 2013 г. – операция лапаротомия, аппендэктомия. В течение последних 2 лет отмечается наличие левосторонней вправимой паховой грыжи.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледноватые. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 140/70 мм рт. ст., пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. На передней брюшной стенке по белой линии живота от симфиза до пупка определяется старый послеоперационный рубец размерами 20,0x0,5 см. В правой паховой области также имеется послеоперационный рубец размерами 10,0x0,5 см. При пальпации определяется болезненность и ригидность мышц. Симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи положительные. Пальпируется дно желчного пузыря, отмечается болезненность. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В левой паховой области при натуживании появляется припухлость размерами 5,0x0,6 см, мягко-эластической консистенции, безболезненная, при надавливании вправляется в брюшную полость. Область почек без изменений, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание затрудненное. При катетеризации отмечается непреодолимое препятствие в задней части уретры.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

УЗИ: желчный пузырь размерами 84x47 мм, толщина стенки 6 мм, в области шейки имеется конкремент, холедох – 6 мм. Стенка мочевого пузыря 3,5 мм, количество остаточной мочи 650 мл, размеры простаты 61x47x66 мм. Общий анализ крови: Нб 98,0 г/л; ц.п. 0,9; эрит. $3,8 \times 10^{12}$; лейкоц. $5,4 \times 10^9$; п. 2%; с. 60%; эоз. 2%; лимф. 26%; мон. 4%; СОЭ 11 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин - 110,0 мкмоль/л; мочевины – 5,6 ммоль/л; билирубин 19,3 мкмоль/л. Клинический диагноз: Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный обтурационный холецистит. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы II степени. Стриктура уретры. Задержка мочеиспускания. Левосторонняя прямая скользящая грыжа. Атеросклеротический кардиосклероз.

03.10.2014 г. произведена мультиорганная операция на желчном пузыре, паховом канале, предстательной железе, мочеиспускательном канале. Наркоз: общий интубационный. Длительность мультиорганной операции 2 часа 15 мин: 10¹⁵-12³⁰.

Названия операций и их краткие протоколы:

1. Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Произведен разрез кожи выше пупка. Установлен 10 мм троакар и наложен пневмоперитонеум. Введен троакар и лапароскоп. Установлены дополнительные троакары в правом подреберье. При ревизии желчный пузырь полностью окутан большим сальником. Установлены 5 мм и 10 мм троакары в эпигастрии в типичных местах. Желчный пузырь тупо выделен из сальника, последний увеличен в размерах, напряженный, стенки отечные, в области шейки определяется фиксированный камень. Желчный пузырь пунктирован, эвакуирована застойная желчь. Выделен пузырный проток, последний диаметром 0,4 см. Холедох не визуализируется. На пузырный проток наложена 0/2 клипса и проток пересечен. На пузырную артерию наложена 0/1 клипса и пересечена. Желчный пузырь выделен из ложа. Произведена холецистэктомия. Желчный пузырь извлечен через эпигастральный прокол. Подпеченочная область обработана спиртом. К ложу желчного пузыря подведена дренажная трубка, которая выведена через прокол в правом подреберье. Ревизия органов брюшной полости и органов малого таза. Другой патологии не выявлено.

2. Герниотомия. Параллельно и на 2 см выше паховой связки над грыжевым выпячиванием произведен разрез кожи длиной 10 см, гемостаз. Наружное паховое кольцо расширено до 3-4 см, вскрыт паховый канал, из окружающих тканей выделен грыжевой мешок, вскрыт. Грыжевым содержимым является сигмовидная кишка. Грыжевой мешок полностью отделен от элементов семенного канатика, наложен кисетный шов изнутри грыжевого мешка, завязан. Остатки грыжевого мешка иссечены, культя погружена в брюшную полость. Задняя стенка пахового канала укреплена по методу Бассини.

3. Аденомэктомия. Произведен разрез кожи, подкожной жировой клетчатки и апоневроза над лоном по срединной линии длиной 7 см. Гемостаз. Раздвинуты мышцы, обнажена передняя стенка мочевого пузыря. Пузырь увеличен в объеме, напряжен, переходная складка отодвинута кверху. Передняя стенка мочевого пузыря взята на держалки, пузырь вскрыт, выделился 1 л мутной мочи. При ревизии обнаружен эндovesикальный рост аденомы предстательной железы, произведена субкапсулярная энуклеация аденомы предстательной железы, гемостаз.

4. Туннелизация уретры. При попытке провести катетер через уретру отмечалось препятствие в задней части уретры. С помощью бужа-проводника произведено шинирование задней части уретры. В мочевой пузырь установлен катетер Фолея размером 18 Fr. Рана мочевого пузыря ушита. Послойное ушивание раны.

Через сутки после операции: общее состояние относительно удовлетворительное. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 88 ударов в 1 мин. Общий анализ крови: Нб 76,0 г/л; ц.п. 0,9; эрит. $3,0 \times 10^{12}$; лейкоц. $12,0 \times 10^9$; п. 5%; с. 70%; эоз. 5%; лимф. 28%; мон. 4%; СОЭ 20 мм/ч.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Общий анализ мочи: прозрачность - прозр., цвет - светло-красный, белок - 0,12 ; лейкоциты - сплошь, эритроциты в бол. кол. Повязки незначительно промокли. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Перитонеальные симптомы не определяются. По дренажу из правой подпеченочной области выделено около 20-30 мл серозной жидкости. Мочевой пузырь постоянно промывается раствором фурациллина. Промывная жидкость слегка окрашена кровью. Газы еще не отошли.

Послеоперационное течение без особенностей. Дренажная трубка из брюшной полости удалена на 3-й день после операции. Тампон из ложа аденомы удален на 3-й день. Дренажная трубка над лобком удалена на 5-й день. Уретральные дренажные трубки удалены на 12-й день, после чего у больного восстановилось мочеиспускание через естественные мочевые пути. Раны зажили первичным натяжением. При осмотре через 2 месяца общее состояние больного удовлетворительное, самочувствие улучшилось. Мочеиспускание через естественные мочевые пути, свободное, 3-4 раза в сутки.

Выводы. Таким образом, соблюдение принципа мультиорганных операций, в нашем случае – холецистэктомия, грыжесечение, аденомэктомия и туннелизация уретры способствует упрощению всей операции, проводимой под одним наркозом, сокращению времени нахождения в стационаре и финансовых затрат.

ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ МАКРОГЕМАТУРИЯХ

Аллазов Х.С. Мансуров У.М., Аллазов И.С., Ботиров Б.А.
Самаркандской городской больницы №1
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Практических врачей, в том числе урологов живо интересует применение гемостатиков, получаемых из лекарственных растений, произрастающих в своих регионах. В связи с этим нами проведен анализ эффективности различных способов гемостаза при кровотечениях урологического характера, уделением основного внимания на гемостатические свойства водного настоя и спиртовой настойки лагохилуса опьяняющего (син. *Lagochilus Inebrians* Bunge - лат., заячья губа опьяняющая – русск., гангитувчи бозулбанг или бангидевона – узб., товшандодак – туркм.

Цель исследования: Проведение интенсивной терапии и оказание реанимационной помощи при массивной гематурии урологического происхождения с применением настоя и настойки лагохилуса в качестве гемостатика.

Материал и методы: Описанные препараты были применены у 275 больных (32 – уретроррагия, 14 – геморрагический цистит, 7 – опухоли мочевого пузыря, 120 – после аденомэктомии, 42 – операционные раны).

Гемостаз осуществлялся путём инстилляций в уретру и мочевой пузырь 10%-ного водного настоя лагохилуса опьяняющего. При оперативных вмешательствах на кровоточащую поверхность операционной раны на 3-4 мин прикладывается салфетка, смоченная настойкой лагохилуса, что заменяет такие инвазивные способы гемостаза, как перевязка или электрокоагуляция.

Результаты исследования: Применение настоя лагохилуса в виде инстилляций способствует прекращению кровотечения из уретры или мочевого пузыря в течение от 10 мин до 1 часа. Временное (в течении 5-6 мин) приложение турунды, смоченной настоем и

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

настойкой лагохилуса в ложе аденомы из 32 больных с уретроррагией у 29 дало хороший гемостатический эффект и через 10-30 минут отмечалась остановка кровотечения, 2-х пришлось прибегнуть электрокоагуляции, а у одного – к ушиванию.

При сквозном орошении полости мочевого пузыря смесью из дезинфицирующего раствора и настоя лагохилуса за 2-3 суток у больных с геморрагическим циститом или опухлостью мочевого пузыря, а также при операции аденомэктомии макрогематурия прекратилась и стало возможным осуществление оперативного вмешательства (цистолитотрипсия – 2, цистолитотомия – 2, резекция стенки дивертикула – 2, резекция мочевого пузыря с опухолью – 4).

Гемостаз во время аденомэктомии осуществлялся после 1- или 2-х кратного тампонирования турундой, смоченной настоем лагохилуса в течении 5-6 мин. Из 60 больных у 59 удалось осуществить гемостаз таким способом, только у 1 пришлось ушивать ложе. После операции аденомэктомии у всех больных в течении 4-5 дней осуществлялось орошение полости мочевого пузыря через дренажные трубки дезинфицирующим раствором с добавлением настоя лагохилуса из расчета 100 м на 1000 мл дез. р-ра.

Настойку лагохилуса использовали при гемостазе операционной раны у 42 больных. При этом нормализуются или приближаются к норме показатели кровоточивости, данные УЗИ, функциональное состояние почек, что свидетельствует о выраженном гемостатическом свойстве настоя и настойки лагохилуса опьяняющего.

Выводы: Применение настоя и настойки лагохилуса упрощает технику гемостаза, является надежным фармакологическим способом остановки кровотечения из нижних мочевых путей и после операционной раны, создает условия для оптимального формирования структуры и физиологии кровоточащей тканевой поверхности (мало- или неинвазивность), и что немаловажно, обходится намного дешевле, чем другие способы гемостаза.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ахмадходжаева М.М., Усманова Г.К., Мирмухамедов Б.Б., Минаваров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В формировании здоровья населения значительную роль играет состояние окружающей среды - совокупность природных и измененных деятельностью человека естественных факторов. При рассмотрении проблемы сохранения здоровья существенную роль играют вопросы установления факторов антропогенного воздействия. В настоящее время проведены многочисленные исследования по проблеме влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. Немаловажную роль в степени воздействия антропогенных факторов на человека играет природно-климатический комплекс. Погоду и климат, постоянно и разнообразно влияющих на жизнь человека, определяет состояние атмосферы. От погоды и климата зависят не только потребности человека в пище и топливе, жилье и одежде, но также его физическое и психическое состояние. Узбекистан является уникальным по сложности природно-климатических условий, которые непосредственно оказывают влияние на здоровье населения. За последние годы отмечается рост заболеваемости населения во всех возрастных группах. Однако до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы количественной оценки влияния антропогенных и природных факторов окружающей среды на здоровье населения, обоснования реально допустимой антропогенной нагрузки на население, риска нарушения здоровья различных половозрастных

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

групп населения в зависимости от интенсивности воздействия факторов окружающей среды.

Цель исследования: Проводили комплекс профилактических мероприятий по снижению заболеваемости на основе изучения закономерности распространения мочеполовой системы, как индикаторной патологии, под влиянием факторов окружающей среды в различных биоклиматических зонах Узбекистана.

Материалы и методы исследования: Для решения поставленных в работе цели и задач было проведено комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья населения, включающее современные гигиенические, социально-гигиенические, статистические и математические методы. В качестве объекта исследования выбрана территория Узбекистана имеющего уникальные природные ресурсы, высокоразвитый промышленный потенциал, урбанизированные города, где наряду с зонами сильного техногенного загрязнения присутствуют природоохранные территории. В качестве объекта наблюдения были определены жители населенных пунктов с различными социально-демографическими характеристиками и экологическими нагрузками континентальной биоклиматической зоны. Гигиеническая оценка окружающей среды атмосферный воздух, вода, почва. Оценка состояния здоровья населения формы 12 статистической отчетности обращений по заболеваемости МПС.

Климатическая оценка состояния окружающей среды Разработка мероприятий по профилактике заболеваемости Управленческие решения, направленные на реализацию социально-экономических, административных, лечебно-профилактических мероприятий с целью профилактики и снижения заболеваемости населения Разработка модели особенностей распространения индикаторной патологии под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды, санитарно-статистический, регрессионный анализ. Гигиеническая оценка качества среды обитания территорий Узбекистана (атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы селитебной и сельскохозяйственной территории) проведена на основе действующих нормативных документов (СанПиН, ГОСТ) с использованием комплексных характеристик и фондовых данных системы социально-гигиенического мониторинга.

Формирование болезней мочеполовой системы во многом определяется качеством окружающей среды, в особенности качеством потребляемой или используемой для жизнеобеспечения человека воды, что также позволяет отнести ее к индикаторной патологии.

Проведенный анализ показал:

-уровень влияния качества воды на заболеваемость мочевыделительной системы: у взрослых - 12,3%; у подростков - 19,3%; детей - 13,1%, что можно объяснить тем, что население использует питьевую воду не только из водохранилищ.

Выводы:

- Наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха на территории Узбекистана вносят предприятия электро - и теплоэнергетики, транспорта; в течение последних пяти лет доля проб атмосферного воздуха с содержанием загрязняющих веществ более 5 ПДК остается на 0,1- 0,07; приоритетными загрязняющими веществами атмосферного воздуха в большинстве территорий края являются: пыль, сероводород, аммиак, бенз(а)пирен.

- Отмечается ухудшение показателей качества воды поверхностных водоисточников по микробиологическим и санитарно-химическим показателям на 1,6% и 2,5% соответственно. Произошло значительное ухудшение качества питьевой воды перед подачей в разводящую сеть водопровода: удельный вес проб питьевой воды, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, составил 10,5%, по санитарно-химическим показателям - 21,8%.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Распространение болезней мочевыделительной системы - под влиянием качества потребляемой воды ($r=0,45$) и санитарного состояния водохранилищ и водозаборов ($r=0,56$).

ПРОФИЛАКТИКА ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ахмадходжаева М.М., Усманова Г.К., Мирмухамедов Б.Б., Минаваров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время общепризнанно, что на земном шаре имеются районы, где уролитиаз носит характер эндемического заболевания. К таким регионам традиционно относили и Узбекистан. В результате эпидемиологических исследований, проведенных Д.Л.Рустамовым [1997], Ф.Ю.Юлдушевским и соавт. [1997] в шести различных по географическим условиям регионах Узбекистана, было установлено, что заболеваемость уролитиазом в целом составила 4,5% <math><5:1000</math> населения, а с учетом числа жителей с признаками начальной стадии камнеобразования (прелипиазом) интегральный показатель заболеваемости составил 16,0%, или 160 случаев на 1000 населения. Кроме этого, авторами был установлен ежегодный рост заболеваемости уролитиазом в республике и ее мозаичность, что объяснили связью этого явления с рядом конкретных региональных факторов риска. Последнее позволило им разработать, концептуальные основы первичной профилактики заболевания и к ее практической реализации.

Однако эти исследования не коснулись Андижанской области. Более того, остается нерешенной проблема первичной профилактики заболевшим, направленной на предупреждение первичного образования камней и снижение (замедление роста) заболеваемости в целом. Изложенное явилось для нас основанием, для проведения в этом направлении соответствующие исследования.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных мочекаменной болезнью путем изучения экологических факторов, обуславливающих уровень заболеваемости в регионах Узбекистана

Материалы и методы исследования: Впервые в регионах республики проведено ранжирование районов по результатам оценки эпидемиологического (реального) риска заболеваемости, выявлены территории наибольшего риска возникновения нефролитиаза, регионы с наибольшими загрязнениями атмосферного воздуха солевыми аэрозолями и изменения климата.

Выявлена и статистически подтверждена причинно - следственная связь между степенью изменений климата, загрязнения атмосферного воздуха и заболеваемостью уролитиазом.

Впервые проведен анализ частоты распространенности МКБ с определением корреляционной зависимости уровня ее заболеваемости от факторов окружающей среды в различных природно-климатических регионах Республики Узбекистан. Определены основные биогеохимические факторы, влияющие на заболеваемость МКБ. Определены социально-медицинские факторы, влияющие на заболеваемость нефропатиями у детей и их влияние на возникновение МКБ. Научно обоснованы мероприятия по профилактике воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье населения.

Изучены клиничко-патогенетические особенности МКБ, разработаны и предложены для внедрения в практику научно-обоснованные меры диагностики, лечения и профилактики МКБ, применительно к конкретным региональным условиям республике Узбекистан.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

В республике Узбекистан в исследуемые годы, заболеваемость мочекаменной болезнью имеет динамику роста - 76,5 на 100000 населения в 2000 г., и, соответственно в 2005 году — 256,4, что связано с ростом заболеваемости мочекаменной болезнью и улучшением диагностики.

В регионах с повышенной заболеваемостью МКБ установлены: высокая минерализация питьевой воды, значительным техногенным химическим загрязнением и содержащие химические вещества, обладающие нефротоксическим действием (ртуть, свинец, хром и др.), большая техногенная химическая загрязненность атмосферного воздуха, по сравнению с районами меньшей загрязненности (интегральный показатель суммарного загрязнения -3,6 и 1,4 соответственно), почвы (суммарный показатель загрязнения 9,2-17,0 и 6,4-8,6 соответственно), а также неблагоприятные климатические условия (индекс суровости метеорежима - 5,46 и 6,6 соответственно). Сочетания МКБ с опухолью почки и туберкулезом выявлено у 0,6% и 2,4% больных ЗРП, а по другим регионам этот показатель составил от 0,2% и 1,6% соответственно.

Выводы:

1. Разработать меры по профилактике комплексных биохимическо-хроматографических исследований атмосферного воздуха, воды, почвы позволяют выявить факторы риска возникновения МКБ

2. С целью снижения уровня заболеваемости в регионах с высоким уровнем МКБ необходим комплексный подход, заключающий в себя поэтапное оперативное, консервативное и санаторно-курортное лечение больных, а также уменьшение вредных воздействий окружающей среды.

3. Важным направлением природоохранной деятельности остается сокращение выбросов вредных веществ (окислов серы, азота, углерода, а также озоноразрушающих и других соединений), оказывающих негативное влияние на здоровье населения, вследствие ухудшения климатических условий, качества питьевой воды и почвы.

4. В регионах с повышенным уровнем МКБ необходимо принятие профилактических решений органами власти - разработки регионального плана действий по гигиене окружающей среды районов с наибольшими степенями загрязнения атмосферного воздуха.

5. Подготовлены практические рекомендации по изменению экологических факторов риска возникновения нефроуретеролитиаза, уменьшению влияния вредных факторов выбросов атмосферного воздуха и улучшению качества питьевой воды.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УРЕТЕРЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗЕ

¹ Бахадырханов М.М., ¹ Мухтаров Ш.Т., ² Акилов Ф.А., ¹ Аюбов Б.А., ¹ Назаров Д.А.,
¹ Нуриддинов Х.З.

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Ташкент, Узбекистан.

² Ташкентская медицинская академия, кафедра урологии, Ташкент, Узбекистан.

Введение. Лапароскопический уретерцистонеоанастомоз (УЦНА) является эффективным методом лечения стриктур мочеточника. Однако, стандартное использование мочеточникового стента для дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника связано с высокой частотой послеоперационных осложнений. Нами был разработан специальный метод комбинации дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря, который применяется во время лапароскопического УЦНА в качестве

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

альтернативного метода дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника.

Цель. Основная цель исследования заключается в оценке эффективности и безопасности метода комбинированного дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря после выполнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза (УЦНА).

Материалы и методы. На симуляционных устройствах нами была разработана методика проведения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза с использованием комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника вместо установки мочеточниковых стентов. Всего было проведено 40 операций на больных со стриктурами нижней трети мочеточника. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода дренирования верхних мочевых путей и интубации мочеточника (группа А - стентирование или группа Б - комбинация дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря). Для оценки эффективности и безопасности разработанной техники был проведен сравнительный анализ результатов оперативного лечения между этими двумя группами. Показатели, такие как продолжительность операций, интра- и послеоперационные осложнения, выраженность послеоперационной боли и дозы примененных анальгетиков, были проанализированы с помощью различных методов статистического анализа. Результаты показали, что не было статистически значимой разницы между двумя группами по исходным характеристикам. Эти данные потребуют дальнейшего исследования, но предварительные результаты указывают на возможность использования этой техники для лечения ряда заболеваний верхних мочевых путей.

Результаты. Всем 40 больным проведены лапароскопические УЦНА с разработанным нами методом комбинации дренирования верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Средняя продолжительность операции с установкой мочеточникового стента в группе А составила $103,3 \pm 12,3$ минут ($M \pm \delta$), в то время как при использовании новой техники комбинированного дренирования мочевого пузыря и мочеточника в группе Б с учетом дополнительного времени, необходимого для подготовки катетера Фолея и установки мочеточникового катетера в мочеточник, средняя длительность операции составила $122,1 \pm 14,0$ минут ($M \pm \delta$). Однако, статистически значимой разницы в длительности операции между группами не обнаружено. После проведения сравнительного анализа между группами не было обнаружено статистически значимых различий в частоте послеоперационных осложнений ($p > 0,05$). После выполнения лапароскопического уретероцистонеоанастомоза (УЦНА) все пациенты были на динамическом наблюдении в течение года для выявления рецидивов заболевания. У единственного пациента (2,5%) из общей выборки был выявлен рецидив заболевания, что позволяет сделать вывод о достаточно высокой эффективности лапароскопического УЦНА в 97,5% случаев.

Выводы. В данном исследовании нами было предложено новое сочетание дренирования мочевого пузыря и мочеточника, которое показало безопасность и отсутствие различий в интенсивности боли после операции. Благодаря снижению инвазивности процедуры и сокращению продолжительности постоянного уретрального катетера у большинства пациентов, лапароскопический УЦНА с использованием новой техники комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника может стать альтернативой мочеточниковому стенту. Несмотря на то, что среди больных в исследовании встретились осложнения, они были успешно купированы консервативными методами и не оказали значительного влияния на результаты. Подводя итоги, лапароскопический УЦНА с использованием новой техники комбинации дренирования мочевого пузыря и мочеточника, является эффективным и безопасным методом лечения, обладающим высокими показателями эффективности и соответствует современным тенденциям урологической хирургии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ

Беляев А.Л., Рахмонов Ф., Маматкобилов Т.Э., Наджимитдинов Я.С.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии».

Актуальность проблемы. На сегодняшний день, признана необходимость нефрон сберегающих операций при опухолях почки, что позволяет сохранить функцию органа, при этом, не ухудшая результаты лечения пациентов с онкологическими заболеваниями мочевого тракта. Ранее подобные операции были предназначены только при лечении больных с опухолью в единственной функционирующей почке, тогда как в настоящее время парциальная нефрэктомия по эффективности не уступает радикальной нефрэктомии. Более того, приблизительно 70% опухолей почек при среднем размере менее 4 см выявляют случайно, при этом 45% из них медленно растущие или доброкачественные, явилось причиной еще большего использования парциальной нефрэктомии.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность открытой парциальной нефрэктомии у больных с опухолью почки.

Материалы и методы исследования. За период с декабря 2020 года по январь 2022 года было обследовано и выполнены оперативные вмешательства 68 больным с опухолью почки в стадии T1NoMo, средний возраст которых составил $53,2 \pm 5,6$ лет (диапазон от 32 до 67 лет). Всем больным выполнена парциальная нефрэктомия открытым способом, используя разную технику удаления опухоли. Отдаленные результаты операции были оценены у 66 больных, которые находились под наблюдением в течении двух лет. Мужчин было 43%, тогда как женщин было 57%. Для оценки сложности парциальной нефрэктомии и прогнозирования возможных осложнений использовали нефрометрическую бальную систему R.E.N.A.L. Послеоперационные осложнения оценили с позиции классификации Clavien-Dindo.

Результаты исследования. Пациентов с средним показателем нефрометрической шкалы (R.E.N.A.L.) $5,2 \pm 0,3$ баллов, было 8 (55,9%) больных, тогда как в 30 (44,1%) случаях этот показатель составил $8,5 \pm 0,4$ баллов. В 5,1% случаев размер опухоли был $6,5 \pm 0,4$ см, у 94,9% больных этот показатель составил $8,9 \pm 1,2$ см. Продолжительность ишемии была не более 30 мин, длительность операции составила $120,2 \pm 16,4$ мин., интраоперационная кровопотеря была $133,9 \pm 41,7$ мл. Продолжительность пребывания в стационаре составила $6,7 \pm 1,3$ дней. По данным гистологического исследования в 98% выявлена светлоклеточная карцинома, ни в одном случае не было положительного операционного края. Осложнений, подобно как, рецидив опухоли или формирование мочевого свища не было. Частота осложнений парциальной нефрэктомии с позиции классификации Clavien-Dindo выявлены следующие: осложнения первой категории были в 6% случаев, у двух больных осложнения были категории IIIa и у остальных двух - категории IIIb. Осложнений IV и V категории не было. Макрогематурия (осложнения I категории) была временной, как правило, продолжительностью от 3 до 4 дней. Критического характера снижения уровня гемоглобина выявлено не было, ни в одном случае не было выполнена гемотрансфузия. Кровотечение из паренхимы почки, с формированием околопочечной гематомы было в 4 (6%) случаях. У двух пациентов выполнена пункция брюшинного пространства и удалена гематома. Однако в двух других случаях, из-за нарастания размеров околопочечной гематомы и снижения уровня гемоглобина в сыворотке крови, выполнена релюмботомия и ушивание кровоточащего сосуда паренхимы почки.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы. Парциальная нефрэктомия, выполненная открытым способом, с отступом от границы видимой опухоли и визуальным контролем хирургического края является эффективным и безопасным методом лечения больных при низкой и умеренной сложности по шкале R.E.N.A.L. Частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, требующие дополнительных вмешательств, по нашим данным была в 6% случаев, причем относящихся к категории III по классификации Clavien-Dindo.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

Бобоев Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Среди образований мочеиспускательного канала значительное место занимают полипы уретры. По микроскопической картине они представляют собой гипертрофию железистых элементов слизистой, причем на их долю среди доброкачественных образований уретры приходится 43,2%. Причинами возникновения полипов являются на первом месте дисгормональные изменения второй половины жизни женщины, на втором длительное хроническое воспаление уретры и мочевого пузыря.

Материал и методы: Все женщины поступали в клинику АГМИ в плановом порядке с установленным диагнозом полип уретры за период 2021-2022гг. В стационаре больные были распределены на две группы: основную группу составили 8 женщин, где использовался гольмиевый лазер и контрольную – 6 женщин, где применялся электронож. Отмечается, что все женщины с полипами уретры находились в возрасте менопаузы, в основной группе – 51,3±5,8 лет и в контрольной – 51,4±5,5 лет. Всем женщинам проводилось микробиологическое обследование урогенитального тракта. В результате микробиологического обследования в основной группе у 4 (50%) пациенток установлены моно- и у 2 (25%) - смешанные урогенитальные инфекции, не выявлено инфекции у 2 (25%) больных. В контрольной – у 3 (50%), у 2 (33,3%) и у 1 (16,7%) соответственно.

Лечение полипа уретры проводилось под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. При наружном расположении опухоли выполняют электрокоагуляцию, при локализации в глубине мочеиспускательного канала электрокоагуляцию при помощи ТУР. С целью гемостаза после электрокоагуляции устанавливался уретральный катетер Фолея на 2 суток. Лазерная резекция проводят контактным способом, подводя кончик лазерного волокна к основанию полипа, кровотечения во время операции не наблюдается. Катетеризация уретры не проводилась, что является мерой профилактики инфицирования мочевых путей. Эпителизация зоны резецированной уретры происходит в течение 6-7 суток, поэтому больные выписываются из стационара на следующий день после операции

Вывод: Профилактика возникновения полипа уретры заключается в выявлении заболеваний мочеиспускательного канала и последующем их лечении. Коррекция гормонального фона у женщин среднего и пожилого возраста. При использовании гольмиевого лазера в лечение полипов уретры достигается хороший результат, отсутствует кровотечение, нет необходимости дренировать мочевой пузырь, минимальные сроки стационарного лечения и отсутствие рецидива.

ВОЗРАСТНЫЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИПА УРЕТРЫ

Бобоев Р.А., Косимхожиев М.И., Садикова Д.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Полипы уретры – наиболее распространенные доброкачественные новообразования мочеиспускательного канала у женщин, способные значительно влиять на психический статус пациенток, снижать качество их жизни. Известно, что полипы мочеиспускательного канала представляют собой не воспалительное, а неопластическое образование.

Цель исследования – установить частые возрастные иммуногистохимические преобразования уретры у женщин Андижанской области.

Материал и методы: Все женщины поступали в клинику АГМИ в плановом порядке с установленным диагнозом полип уретры за период 2021-2022гг. Отмечается, что все женщины с полипами уретры находились в возрасте менопаузы, в основной группе – $51,3 \pm 5,8$ лет и в контрольной – $51,4 \pm 5,5$ лет. Также были проведены все клинические и лабораторные стандартные обследования, в том числе изучался, бактериологический посев мочи, гормональный фон крови, уретроцистоскопия.

Результаты исследования. Локализация полипов преимущественно в области наружного отверстия уретры определяли клиническую картину у пациенток – рези и жжение во время мочеиспускания, поллакиурия, странгурия, посткоитальная уретроррагия, эпизоды острой задержки мочи. Макроскопически полипы уретры представляли собой опухолевидные образования в области задней губы наружного отверстия уретры размером от 2 мм до 1–2 см, на ножке или, в большинстве случаев, на широком основании, с гладкой, иногда кровоточащей поверхностью. Исследования показали, что вследствие гормонального дисбаланса произошло разрыхление подслизистой соединительной ткани уретры, в результате чего адекватная фиксация слизистой уретры в моменты физического напряжения (повышение внутрибрюшного давления, кашель, запоры) нарушилась. По микроскопической картине они представлены в виде гипертрофии железистых элементов слизистой. Со временем выпавший участок слизистой организовывается, нередко приобретая железистоестроение, в последующем развивается экзофитно и в той или иной степени вызвал сдавление уретры и нарушение мочеиспускания. Патоморфологическая картина определялась стереотипными перестройками входящих в их состав структурных компонентов слизистой оболочки.

В результате микробиологического обследования в основной группе у 4 (50%) пациенток установлены моно- и у 2 (25%) - смешанные урогенитальные инфекции, не выявлено инфекции у 2 (25%) больных. В контрольной – у 3 (50%), у 2 (33,3%) и у 1 (16,7%) соответственно.

Вывод: Профилактика возникновения полипа уретры заключается в выявлении заболеваний мочеиспускательного канала и последующем их лечении, в коррекции гормонального фона у женщин среднего и пожилого возраста. Для выяснения роли различных факторов в полипогенезе большое значение имеет комплексный подход с параллельным анализом широкого спектра параметров. Это может способствовать не только пониманию природы полипоидного образования, но и выбору оптимальной тактики терапии.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИПА УРЕТРЫ

Бобоев Р.А., Косимхожиев М.И., Садикова Д.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Большинство полипов является не доброкачественной опухолью, а результатом очаговых нарушений пролиферации эпителия, обусловленных неясными пока нарушениями гомеостатических мезенхимально-эпителиальных взаимодействий. В этом аспекте к возможным предпосылкам возникновения полипов уретры относят дисгормональные изменения урогенитальной зоны, хронические инфекционно-воспалительные процессы. Однако серьезных исследований в этом направлении не проводилось – практически вся информация, имеющаяся в литературе, представляет собой описания случаев и групп случаев.

Цель исследования – изучить иммуногистохимические изменения полипов наружного отверстия уретры у женщин.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 12 пациенток с полипами наружного отверстия уретры в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст – $52,5 \pm 4,9$ года). Светооптическое исследование и морфометрический анализ проводили с использованием универсального микроскопа «Leica DM 4000B», цифровой фотокамеры «Leica DFC 320» и компьютерной программы «LeicaQWin V3» (Германия).

Результаты исследования. Несмотря на расположение полипов в зоне многослойного плоского неороговевающего эпителия, характерного для дистальной части уретры, эпителиальная выстилка образования почти всегда носила смешанный характер, включала значительные участки переходного эпителия и отличалась выраженной тенденцией к гиперплазии и плоскоклеточной метаплазии. Гиперплазия эпителиальных структур сопровождалась образованием складок, инвагинаций. Деструктивные изменения эпителиального пласта были связаны, главным образом, с участками переходного эпителия и заключались в десквамации поверхностных эпителиоцитов, эрозиях, а также более глубоких язвенно-подобных дефектах. В таких участках в подлежащей строме резко возрастало число полнокровных микрососудов с расширенными просветами, выражен периваскулярный отек, иногда сочетающийся с кровоизлияниями. Нарушения микроциркуляции сопровождалось формированием массивных воспалительноклеточных инфильтратов, в составе которых преобладали лимфоциты, плазмциты, в ряде наблюдений большой удельный вес имели нейтрофилы. Почти в половине случаев отмечалось формирование лимфоидных фолликулов; в крупных полипах иногда насчитывалось до 3–4 лимфоидных образований. В обнаженных фрагментах субэпителиальной стромы на фоне интенсивного воспаления наблюдались признаки формирования грануляционной ткани – густые сплетения новообразованных капилляров и микрососудов, пролиферация миофибробластоподобных клеток. Последняя, однако, не ограничивалась зонами грануляций: при анализе полутонких срезов пролифераты веретеновидных клеток обнаруживались субэпителиально в зонах гиперплазии и плоскоклеточной метаплазии эпителиального пласта. При электронной микроскопии в таких клетках наряду с активным ядром, развитой гранулярной эндоплазматической сетью и комплексом Гольджи формировались периферические пучки миофиламентов с локальными зонами уплотнений.

Вывод: Таким образом, в зависимости от сочетания определенных факторов полипогенеза формируется смешанный структурный фенотип полипов (карункулов) уретры.

ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН

Бобоев Р.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Полип уретры – это образование, имеющее доброкачественный характер, локализующееся на внутренней поверхности мочеиспускательного канала. Опухоль развивается из эпителиального слоя стенки канала. Её консистенция мягкая, подвержена процессу васкуляризации, в связи с чем нередко кровоточит. Полип уретры имеет ножку, его форма может быть круглой или каплевидной, цвет – насыщенно-красный. При травме или инфицировании образования, его поверхность из гладкой трансформируется в изъязвленную.

Материал и методы: Все женщины поступали в клинику АГМИ в плановом порядке с установленным диагнозом полип уретры за период 2021-2022гг. В стационаре больные были распределены на две группы: основную группу составили 8 женщин, где использовался гольмиевый лазер и контрольную – 6 женщин, где применялся электронож. Всем женщинам проводилось микробиологическое обследование урогенетального тракта. В результате микробиологического обследования в основной группе у 4 (50%) пациенток установлены моно- и у 2 (25%) - смешанные урогенитальные инфекции, не выявлено инфекции у 2 (25%) больных. В контрольной – у 3 (50%), у 2 (33,3%) и у 1 (16,7%) соответственно. В исследуемых группах из уретры у 1 женщины выделены *Staphylococcus epidermis*, у 2 - *Streptococcus* spp. в количестве 104-106 КОЕ/ мл и у 2 - *Enterococcus faecalis* (105 КОЕ/мл). Кроме указанных микроорганизмов также была обнаружена *U. urealyticum* у 1 больной в основной и у 2 – в контрольной группе. У большинства обследованных в обеих группах констатирована ассоциация *U. urealyticum* с 4 инфекционными агентами. Наиболее часто *U. urealyticum* выявлялись одновременно в уретре и влагалище и/или цервикальном канале. Но у 4 женщин *U. urealyticum* была обнаружена лишь в уретре, у 2 - только в цервикальном канале, что свидетельствует, по нашему мнению, о необходимости исследования клинического материала, как из мочевых, так и из половых органов женщин.

Лечение полипа уретры проводилось под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. При наружном расположении опухоли лазерная резекция проводится контактным способом, подводя кончик лазерного волокна к основанию полипа, кровотечения во время операции не наблюдается. Катетеризация уретры не проводилась, что является мерой профилактики инфицирования мочевых путей. Эпителизация зоны резецированной уретры происходит в течение 6 — 7 суток, поэтому больные выписываются из стационара на следующий день после операции.

Вывод: Профилактика возникновения полипа уретры заключается в выявлении заболеваний мочеиспускательного канала и последующем их лечении. Коррекция гормонального фона у женщин среднего и пожилого возраста. При использовании гольмиевого лазера в лечении полипов уретры достигается хороший результат, отсутствует кровотечение, нет необходимости дренировать мочевой пузырь, минимальные сроки стационарного лечения и отсутствие рецидива.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Актуальность проблемы. Рак мочевого пузыря занимает 7-е место среди всех злокачественных новообразований у мужчин в мире, и 11-е место у лиц обоих полов. При этом показатели встречаемости и смертности варьируют в различных странах вследствие различий в факторах риска, особенностей выявления и диагностики и доступности лечения. Отчасти они связаны с различиями в методологии исследований и качеством сбора данных. Основные цели визуализации при стадировании рака мочевого пузыря включают оценку местной распространенности опухоли; определение вовлечения в опухолевый процесс лимфотических узлов; определение распространения опухоли на верхние мочевыводящие пути и наличие отдаленных метастазов. Для оценки местного распространения опухоли проводится как компьютерная, так и магнитно-резонансная томография, хотя эти методы не позволяют выявить микроскопическую инвазию в околопузырную клетчатку (стадии T2 и T3a).

Цель исследования. Оценить эффективность компьютерной томографии в диагностике рака мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 130 больных, которые находились под наблюдением в период 2020-2022 гг. по поводу рака мочевого пузыря. Среди них было 105 (80,8%) мужчин и 25 (19,2%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет (в среднем $58,4 \pm 5,9$ года). Для определения локализации опухоли, количества очагов поражения и степени распространенности опухолевого процесса проводили комплекс диагностических исследований, включающий ультрасонографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, цистоскопию с биопсией. Диагнозы у всех больных верифицированы гистологическим исследованием биоптата или операционного материала. Информативность исследований, в том числе компьютерной томографии, оценили путем определения диагностической эффективности и специфичности метода.

Результаты исследования. С целью определения диагностической эффективности и специфичности компьютерной томографии (КТ) у больных раком мочевого пузыря, КТ проводилась при первичном обследовании у 20 больных и при контрольном обследовании, в различные сроки после лечения, – у 18 больных. Всего произведено 38 томографических исследований у 38 больных.

С помощью КТ в 16 случаях был выявлен рак мочевого пузыря. В 5 случаях было заподозрено наличие опухоли, которое в последующем было подтверждено гистологически. Кроме того, в 5 случаях, когда подозревали наличие опухоли мочевого пузыря, гистологическое исследование показало на ложность этих томографических результатов.

При КТ в 16 случаях была определена четкая тень от опухоли. Интенсивность тени опухоли во всех случаях была повышенной, структура опухоли в 1 случае была однородной и в 15 случаях – неоднородной. Контуры опухоли были в 1 случае – четкими, в 15 случаях – нечеткими.

Размеры опухоли были в 1 случае – до 1 см, в 6 случаях – от 1 до 3 см, в 3 случаях – от 3 до 5 см, в 6 случаях – более 5 см.

Утолщение стенки мочевого пузыря или неровность контуров мочевого пузыря были обнаружены в 23 случаях, асимметрия жировых отложений в полости малого таза

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

- в 21 случае и инфильтрация соседних тканей - в 25 случаях, не находили каких либо изменений на стенках мочевого пузыря, в паравезикальной клетчатке и соседних тканях в 12 случаях.

В последующем, сравнили результаты КТ и гистологического исследования биопсийного и операционного материалов. Результаты КТ в сопоставлении с данными гистологического исследования представлены в таблице 3.

Из 21 случая, при которых с помощью КТ выявлен рак мочевого пузыря, гистологическая верификация получена в 16 случаях, а в 5 случаях гистологически установлено наличие только воспалительных явлений, т.е. результаты КТ в 5 случаях оказались неправильными.

Из 17 случаев, когда с помощью КТ рак мочевого пузыря не был обнаружен, в 13 случаях гистологически отсутствие опухоли было подтверждено, но в 4 случаях результаты КТ были ложно отрицательными, т.е. в 4 случаях КТ не смогла обнаружить имеющийся рак мочевого пузыря.

При оценке значений результатов КТ в сравнении с результатами гистологического исследования истинно положительные результаты получены в 16 случаях, истинно подозрительные – в 5 случаях, истинно отрицательные – в 8 случаях, ложно положительные – в 5 случаях и ложно отрицательные – в 4 случаях.

Полученные данные по сравнительной оценке результатов исследования больных молодого возраста с опухолями мочевого пузыря показали, что диагноз - рак мочевого пузыря, установленный при КТ, был правильным в 84,0%, ложным – в 23,8%. В 16,0% случаях неопластические изменения мочевого пузыря не были обнаружены. Диагнозы, исключающие наличие рака мочевого пузыря были правильными в 61,5% случаях. Эффективность КТ, т.е. правильность всех диагнозов равна 76,3%.

Выводы. Компьютерная томография позволяет определить 84% раковых заболеваний мочевого пузыря и ставить правильный диагноз в 76,3% случаев

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Актуальность проблемы. При стадировании рака мочевого пузыря целью визуализации является определить прогноз и получить информацию, необходимую для выбора тактики. Стадирование опухоли должно быть точным для выбора правильного лечения. Основные цели визуализации при стадировании рака мочевого пузыря включают оценку местной распространенности опухоли; определение вовлечения в опухолевый процесс лимфотических узлов; определение распространения опухоли на верхние мочевыводящие пути и наличие отдаленных метастазов. В связи с чем, мы задались целью, повысить эффективность различных методов диагностики и лечения рака мочевого пузыря. Для достижения этой цели мы, с современных позиций, изучили роль современных методов диагностики в определении степени распространенности и агрессивности опухоли мочевого пузыря.

Цель исследования. Оценить эффективность магнитно-резонансной томографии в диагностике рака мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 130 больных, которые находились под наблюдением в период

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

2020-2022 гг. по поводу рака мочевого пузыря. Среди них было 105 (80,8%) мужчин и 25 (19,2%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет (в среднем $58,4 \pm 5,9$ года). Для определения локализация опухоли, количества очагов поражения и степени распространенности опухолевого процесса проводили комплекс диагностических исследований, включающий ультрасонографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, цистоскопию с биопсией. Диагнозы у всех больных верифицированы гистологическим исследованием биоптата или операционного материала. Информативность исследований, в том числе магнитно-резонансной томографии, оценили путем определения диагностической эффективности и специфичности метода.

Результаты исследования. В качестве метода диагностики рака мочевого пузыря была применена магнитно-резонансная томография (МРТ), она проводилась при первичном обследовании у 10 больных и при контрольном обследовании, в различные сроки после лечения, – у 12 больных. Всего произведено 22 томографических исследований у 22 больных. С помощью МРТ в 10 случаях был выявлен рак мочевого пузыря. В 2 случаях было заподозрено наличие опухоли, которое в последующем было подтверждено гистологически. Кроме того, в 3 случаях, когда подозревали наличие опухоли мочевого пузыря, гистологическое исследование показало на ложность этих томографических результатов.

При МРТ в 10 случаях была определена четкая тень от опухоли. Интенсивность тени опухоли в 7 случаях была повышенной, в 3 случаях – пониженной. Структура опухоли в 1 случае была однородной, в 9 случаях – неоднородной. Контуры опухоли были нечеткими во всех 10 случаях. Размеры опухоли были в 6 случаях – от 1 до 3 см, в 1 случае – от 3 до 5 см, в 3 случаях – более 5 см.

Прорастание опухоли в мочеточник обнаружен в 2 случаях, в паравезикальную клетчатку – в 2 случаях и в забрюшинные лимфоузлы – в 1 случае.

Не находили каких либо опухолевых изменений на стенках мочевого пузыря, в паравезикальной клетчатке и соседних тканях в 7 случаях. Однако, в 1 случае гистологическое исследование показало наличие опухоли мочевого пузыря.

В последующем, сравнили результаты МРТ и гистологического исследования биопсийного и операционного материалов.

Из 12 случаев, при которых с помощью МРТ выявлен рак, гистологическая верификация получена в 10 случаях, а в 2 случаях гистологически установлено наличие только воспалительных явлений, т.е. результаты МРТ в 2 случаях оказались неправильными.

Из 5 случаев, когда с помощью МРТ рак мочевого пузыря не был обнаружен, в 4 случаях гистологически отсутствие опухоли было подтверждено, но в 1 случае результаты МРТ были ложно отрицательными, т.е. в 1 случаях МРТ не смогла обнаружить имеющийся рак мочевого пузыря.

При оценке значений результатов МРТ в сравнении с результатами гистологического исследования истинно положительные результаты получены в 10 случаях, истинно подозрительные – в 2 случаях, истинно отрицательные – в 6 случаев, ложно положительные – в 3 случаях и ложно отрицательные – в 1 случае.

Полученные данные по сравнительной оценке результатов исследования МРТ и гистологического анализа у больных с опухолями мочевого пузыря показали, что диагноз - рак мочевого пузыря, установленный при МРТ, был правильным в 92,3%, ложным – в 23,1%. В 7,7% случаях неопластические изменения мочевого пузыря не были обнаружены. Диагнозы, исключающие наличие рака мочевого пузыря были правильными в 85,7% случаях.

Эффективность МРТ, т.е. правильность всех диагнозов равна 81,8%.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы. Магнитно-резонансная томография позволяет определить 92,3% раковых заболеваний мочевого пузыря и ставить правильный диагноз в 81,8% случаев.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Актуальность проблемы. Выбор лечения и прогноз рака мочевого пузыря определяются стадией заболевания и степенью дифференцировки опухоли. При стадировании рака мочевого пузыря целью визуализации является определить прогноз и получить информацию, необходимую для выбора тактики. Стадирование опухоли должно быть точным для выбора правильного лечения. Основные цели визуализации при стадировании рака мочевого пузыря включают оценку местной распространенности опухоли; определение вовлечения в опухолевый процесс лимфотических узлов; определение распространения опухоли на верхние мочевыводящие пути и наличие отдаленных метастазов.

Цель исследования. Оценить эффективность ультразвукового исследования в диагностике рака мочевого пузыря.

Материал и методы исследования. Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 130 больных, которые находились под наблюдением в период 2020-2022 гг. по поводу рака мочевого пузыря. Среди них было 105 (80,8%) мужчин и 25 (19,2%) женщин. Возраст больных колебался от 18 до 87 лет (в среднем $58,4 \pm 5,9$ года). Для определения локализации опухоли, количества очагов поражения и степени распространенности опухолевого процесса проводили комплекс диагностических исследований, включающий ультрасонографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, цистоскопию с биопсией. Диагнозы у всех больных верифицированы гистологическим исследованием биоптата или операционного материала. Информативность исследований, в том числе ультрасонографии, оценили путем определения диагностической эффективности и специфичности метода.

Результаты исследования. При первичном обследовании и за период наблюдения всем больным с учетом необходимого срока контрольного обследования, после проведенного лечения, всего произведено 718 ультразвуковых исследований (УЗИ) мочевого пузыря. Из них всем 130 больным УЗИ выполнена при первичном обследовании по 1 разу, при контрольном обследовании 16 больным УЗИ выполнено по 2 раза, 37 больным – по 4 раза, 28 больным – по 6 раз, 25 больным – по 8 раз, 24 больных осмотрены по 10 раз.

С помощью ультразвукового исследования в 202 случаях был выявлен рак мочевого пузыря. Из них в 123 случаях при первичном исследовании, в 79 случаях был выявлен рецидив рака мочевого пузыря при контрольном исследовании в различные сроки наблюдения после лечения. Рецидив рака мочевого пузыря у 45 больных обнаружен по 1 разу, у 11 больных – по 2 раза и у 4 больных – по 3 раза. В 14 случаях было заподозрено наличие опухоли, которое в последующем было подтверждено гистологически. Кроме того, в 15 случаях, когда подозревали наличие опухоли мочевого пузыря, гистологическое исследования биоптата показала на ложность этих ультразвуковых результатов.

При ультразвуковом исследовании при первичном обследовании в 68 случаях форма опухоли была плоской, в 26 случаях – округлой и в 36 случаях – ворсинчатой. При контрольных исследования форма рецидивной опухоли была плоской в 44 случаях, округлой – в 18

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

случаях и ворсинчатой – в 24 случаях, в остальных 502 случаях были обнаружены участки утолщения стенки мочевого пузыря или неровность контуров мочевого пузыря, или же каких-либо изменений на стенках мочевого пузыря не находили.

Размеры опухоли при первичном обследовании были в 28 случаях до 1 см, в 55 случаях – до 2 см, в 22 случаях – от 3 до 5 см и в 25 случаях – более 5 см.

При контрольных исследованиях размеры рецидива опухоли были 14 случаях до 1 см, в 36 случаях – до 2 см, в 29 случаях – от 3 до 5 см и в 7 случаях – более 5 см.

Характер роста опухоли был, при первичном обследовании, в 97 случаях экзофитный, в 16 случаях – эндофитный и в 17 случаях – смешанный.

При контрольных исследованиях характер роста опухоли был в 63 случаях экзофитный, в 19 случаях – эндофитный и в 4 случаях – смешанный.

Гистологический анализ биоптатов, полученных из этих образований, показал: сосочковую папиллому – в 6 случаях, сосочковый рак – в 12 случаях, переходноклеточную папиллому – в 8 случаях, переходноклеточный рак – в 162 случаях, плоскоклеточный рак – в 10 случаях, аденокарциному в 2 случаях, саркому – в 2 случаях, атипическую пролиферацию и дисплазию эпителия – в 10 случаях, грануляционную ткань – в 224 случаях, некротическую ткань – в 123 случаях и переходноклеточный эпителий с пролиферацией – в 159 случаях.

С целью сравнительной оценки результатов ультразвукового исследования и биопсии, полученные данные обоих исследований разделили на две диагностические категории: рак мочевого пузыря и хроническое воспаление.

Результаты биопсии: папиллома, рак, аденокарцинома, саркома, атипическая пролиферация и дисплазия эпителия – обозначили раком мочевого пузыря; грануляционная ткань, некротическая ткань, переходноклеточный эпителий с пролиферацией – обозначили хроническим воспалением.

Результатов ультразвукового исследования, когда обнаруживали опухоли плоской или округлой формы или же ворсинчатые образования - обозначили раком мочевого пузыря. В тех случаях, когда при ультразвуковом исследовании явных данных за опухоль мочевого пузыря не находили, однако имелись участки утолщения стенки мочевого пузыря и неровность контуров мочевого пузыря – обозначили хроническим воспалением.

Из 231 случая, при которых с помощью УЗИ выявлен рак мочевого пузыря, гистологическая верификация получена в 216 случаях, а в 15 случаях гистологически установлено наличие только воспалительных явлений, т.е. результаты УЗИ в 15 случаях оказались неправильными.

Из 487 случаев, когда с помощью УЗИ рак мочевого пузыря не был обнаружен, в 477 случаях гистологически отсутствие опухоли было подтверждено, но в 10 случаях результаты УЗИ были ложно отрицательными, т.е. в 10 случаях УЗИ не смогла обнаружить имеющийся рак мочевого пузыря.

В данном исследовании при оценке значений результатов УЗИ в сравнении с результатами гистологического анализа биоптатов истинно положительные результаты получены в 202 случаях, истинно подозрительные – в 14 случаях, истинно отрицательные – в 477 случаях, ложно положительные – в 15 случаях и ложно отрицательные – в 10 случаях.

Полученные данные по сравнительной оценке результатов исследования больных с опухолями мочевого пузыря показали, что диагноз - рак мочевого пузыря, установленный при УЗИ, был правильным в 95,6%, ложным – в 6,9%. В 4,4% случаях неопластические изменения мочевого пузыря не были обнаружены. Диагнозы, исключающие наличие рака мочевого пузыря были правильными в 96,9% случаях. Эффективность УЗИ, т.е. правильность всех диагнозов равна 96,5%.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы. Ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом в диагностике рака мочевого пузыря, его диагностическая эффективность составляет 96,5%.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Ботиров Б.А., Умаров А.У., Шодмонова З.Р., Аллазов С.А.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Пациенты с камнями единственной почки представляют особую категорию больных мочекаменной болезнью, выбор метода лечения у которых представляет собой сложную задачу. Особую роль при этом играет необходимость незамедлительного оказания помощи. Внедрение различных малоинвазивных методов лечения значительно уменьшило риск прогрессирования нарушений функции единственной почки и повысило возможности безопасного и эффективного лечения. Одним из таких малотравматичных методов лечения больных с коралловидными камнями единственной почки является Дистанционная нефролитотрипсия (ДЛТ).

Цель исследования: изучение показаний и оценка клинической эффективности ДЛТ в лечении больных с нефролитиазом единственной почки. Материалы и методы. За период 2015-2022 гг. под нашим наблюдением находились 43 больных с нефролитиазом единственной почки, в возрасте от 19 до 67 лет. Из них женщин было 24 (56%), а мужчин - 19 (44%) человек. Всем больным проведено комплексное обследование: клинико-лабораторное, УЗИ, рентгенологические, в том числе и МСКТ с денситометрией конкремента. У 4 (9,3%) пациентов впервые выявлена врожденная единственная почка, у 7 (16,3%) она была определена в детском возрасте, а у 32 (74,4%) больных выявлена единственная функционирующая почка, т.е. после различных оперативных вмешательств, в том числе и после нефрэктомии 21 (49%) пациентов. При этом камень правой почки диагностирован в 24 (55,8%) случаях, левой почки в 19 (44,2%) случаях. Критерии включения пациентов в исследование были следующими: наличие нефролитиаза единственной почки (врожденная или приобретенная единственная почка), размер камня более 7 мм и до 2 см в диаметре.

Результаты исследования. Всем пациентам, соответствовавшим критериям включения и вошедшим в исследование, было выполнено стентирование мочеточника и проведен курс консервативного лечения (спазмолитики, антибактериальная терапия, обильное питье (1,5-2 л в сутки)) в течение не менее 2-х недель. Через 10 дней после установки катетера-стента всем больным проводили дистанционную литотрипсию (ДЛТ) 3000 ударов, после чего дренаж удаляли. По данным УЗИ, рентгенологических исследований и МСКТ размеры камней у пациентов в максимальном измерении варьировали от 7 до 20 мм (в среднем $12,6 \pm 5,4$ мм). Плотность камней по шкале Хаунсфилда составляла от 220 до 1010 НУ (в среднем 550 ± 120 - НУ). Нарушения уродинамики в верхних мочевых путях различного характера отмечены в 24-х (52,1%) наблюдениях. Концентрация мочевины в крови, креатинина, остаточного азота и билирубина имела значения верхней границы нормы. Продолжительность оперативного вмешательства составила от 35 до 140 мин (в среднем $60,8 \pm 28,2$ мин. Исход операции считали благоприятным, когда осуществлялось полное освобождение почки от камня либо наличие мелких фрагментов диаметром менее 5 мм. После одной процедуры ДЛТ такой эффект был достигнут у 33 (76,7 %) пациентов. У остальных пациентов в связи с резидуальными фрагментами в 6 (14%) случаях проведены повторная ДЛТ из-за каменной дорожки, а в 2-х (4,6%) случаях пришлось прибегнуть к перкутанной литотрипсии и ещё в 2(4,6%) случаях - к

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

трансуретральной контактной литотрипсии. В результате у всех пациентов ликвидирована обструкция и восстановлена функция единственной почки.

Выводы. Таким образом, при адекватном подборе пациентов и своевременном выполнении процедура ДЛТ при камнях единственной почки является одним из наиболее малотравматичных и эффективных способов лечения данной категории больных

ПОЧЕЧНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ

Гафаров Р.Р., Искандаров Ю.Н., Аллазов С.А.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является широко распространенным заболеванием и встречается более чем у 50% мужчин старше 65 лет. Широкое развитие в лечении ДГПЖ получили трансуретральные эндоурологические операции, но чреспузырная аденомэктомия остается распространенным методом хирургического лечения. Частота осложнений после открытой аденомэктомии составляет от 8,8 % до 40 %. Среди этих осложнений особое место занимают почечные хирургические осложнения. Пиелонефрит и почечная недостаточность при аденоме предстательной железы занимают ведущее место среди причин летальных исходов.

Актуальным является не только выявление и устранение периоперационных почечных хирургических осложнений при аденомэктомии, но и прогнозирование их исходов.

Цель. Исследования является изучение особенностей почечных хирургических осложнений в интра- и послеоперационном периодах.

Согласно видоизмененной классификации Clavien-Dindo (2004):

Материал и методы. I степень-любые отклонения от нормы в послеоперационном периоде, не требующие фармакологической терапии или инвазивного вмешательства (повышение уровня креатинина). II степень-осложнения, потребовавшие лекарственной терапии препаратами, которые не применяются при осложнениях I степени. III степень-требует хирургического, эндоскопического или радиологического вмешательства. IV степень-опасные для жизни осложнения (включая со стороны центральной нервной системы), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии; V степень-смерть пациента.

Адаптированная классификация хирургических осложнений Clavien-Dindo для операции аденомэктомии с тампонированием ложа (n=22). I степень-3(3,7%), II степень-1(1,2%), III степень-0, IV степень-0, V степень-1(1,2%).

Результаты исследования. Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии с ушиванием ложа аденомы классифицированные по Clavien-Dindo (n=12). I степень-2(2,5%), II степень-2(2,5%), III степень-0, IV степень-1(1,2%), V степень-1(1,2%).

Почечные хирургические осложнения при аденомэктомии с низведением шейки мочевого пузыря (n=26). I степень-2(2,5%), II степень-1(1,2%), III степень-0, IV степень-0, V степень-0.

Почечные хирургические осложнения после аденомэктомии с местным применением лагохилуса в целях гемостаза (n=20). I степень-1(1,2%), II степень-0, III степень-0, IV степень-0, V степень-0.

Выводы. Таким образом, больше всего осложнений после открытой аденомэктомии наблюдается при тампонировании и ушивании ложа аденомы и меньше при наложении съемных швов. Возникновение интра- и послеоперационных осложнений сводится к минимуму при обработке ложа 10% настоем лагохилуса опьяняющего, что дает основание

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

рекомендовать его в качестве эффективного гемостатического средства. Использование классификации хирургических осложнений, предложенной Clavien P.A и Dindo D. позволяет своевременно выявлять, группировать и эффективно устранять возникающие хирургические осложнения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Джуманиязова Г.М., Тажиева З.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Материалы и методы исследования: проведено одноцентровое пилотное открытое наблюдательное проспективное сплошное исследование за 54 пациентами детского возраста с лабораторно верифицированным диагнозом COVID-19. Анализировали основные эпидемиологические данные, включая возрастную структуру и особенности клинического течения данного заболевания.

Результаты: развитие COVID-19-пневмонии зафиксировано в 11,5% случаев (6 пациентов), при этом статистически значимо чаще пневмонию регистрировали у детей первого года жизни, а также старше 10 лет (24 % и 20 % случаев соответственно), чем у детей других возрастных групп ($p \leq 0,05$). КТ-1 стадию регистрировали у 52 % случаев, КТ-2 стадию – у 40 % случаев, КТ-3 стадию – у 8 % случаев. Ведущими клиническими симптомами COVID-19 были гиперемия слизистых оболочек зева – 100% (54 пациентов); повышение температуры тела – 95,9% (52 пациентов), средние цифры при этом составляли 37,60 С (36,6;38,2)0 С; кашель – 19,7% (11 пациента, из них 5 с пневмонией); диарея – 17,9% (10 пациентов); рвота – 6,4% (4 пациентов); изменение аускультативной картины в легких – 3,7% (2 пациентов с пневмонией). У грудных детей, больных COVID-19, статистически значимо чаще регистрировали диарею, в сравнении с пациентами возрастной группы старше 10 лет (35% и 4% случаев соответственно, $p=0,001$). Развитие кашля статистически значимо реже регистрировали у детей первого года жизни в сравнении с пациентами старше 10 лет (9% и 40% случаев соответственно, $p=0,004$), такая же тенденция наблюдалась и при COVID-19-пневмонии (25% и 89% случаев соответственно, $p=0,02$).

Цель исследования: выявить особенности клинического течения COVID-19 у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В 2019-2021 годах проведено научное исследование 54 детей, заболевших COVID-19 и поступивших в клинику Ургенцкую филиала Ташкентской медицинской академии, областной детский многопрофильный медицинский центре и инфекционную больницу. Верификацию диагноза осуществляли согласно современным клиничко-лабораторным критериям этиологической диагностики, в том числе обнаружением РНК SARS-CoV-2 в материале мазка из ротои носоглотки методом ПЦР. Верификацию COVID-пневмонии осуществляли с учетом современных клиничко-рентгенологических критериев при использовании специализированных методов лучевой диагностики. В исследование вошли дети с верифицированным согласно современным клиничко-лабораторным критериям диагнозом COVID-19. Из исследования исключали пациентов с сопутствующими респираторными инфекциями ($n=19$), с фоновой соматической патологией (респираторной, сердечно-сосудистой систем), способной оказать влияние на течение COVID-19 ($n=6$).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Результаты. Половой состав исследуемых пациентов был представлен 26 мальчиками (48%) и 28 девочками (52%). Статистически значимых различий по половому составу в сравниваемых возрастных группах не наблюдалось. Лучевые методы диагностики применялись в 53,2% случаев (29 пациентов), из них 28 проведена процедура мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (МСКТ ОГК), 2 пациентам, преимущественно новорожденным, выполнена рентгенография органов грудной клетки. В 46,8% случаев (26 пациента) отсутствовали показания для проведения лучевого исследования. Развитие COVID-19-пневмонии зафиксировано в 12% случаев (6 пациентов). При этом КТ-1 стадия регистрировалась у 4 пациентов (56% случаев), КТ-2 стадия – у 4 (44% случаев), КТ-3 стадия не выявлено. Результаты лабораторных исследований при COVID-19 у детей также не отличались особой специфичностью. Как правило, в большинстве случаев в общем анализе крови регистрировали отсутствие патологических изменений, в частности средние показатели количества лейкоцитов составили 7,2 (2,3; 16,4)×10⁹/л, относительное число нейтрофилов–41 (32; 59)%, лимфоцитов–59 (48; 84)%. Повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) также регистрировали редко, средний уровень в общей обследованной группе составлял 4,4 (1,8; 11,3) мг/л. При этом уровень СРБ у пациентов с COVID-19-пневмонией был несколько выше – 9,6 (4,9; 14,7) мг/л, однако статистически значимых различий получено не было (p=0,3).

Заключение. Клиническая картина COVID-19 у детей отличается неспецифичностью симптомов. Наблюдается определенная тенденция к более частому развитию COVID-19-пневмонии у пациентов первого года жизни, а также пубертатного возраста, что может быть объяснено особенностями иммунного реагирования в данных возрастных периодах. Для пациентов грудного возраста с COVID-19-пневмонией характерна высокая частота атипичного течения заболевания, в то время как подростки чаще демонстрируют манифестную клиническую картину заболевания, включая более частое развитие таких симптомов заболевания, как кашель, а также изменение аускультативной картины в легких. Многие особенности клинического течения COVID-19 у детей неясны и требуют детального изучения, что в дальнейшем станет базисом для эффективной диагностики и успешной терапии подобных состояний.

ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЬЦЕВОГО РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ

Закиров Х.К., Кудрявцев С.П., Шавахабов Ш.Ш., Юлдошев А.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» Ташкент

Актуальность исследования. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГП) с симптомами нижнего мочевого тракта - распространенное состояние при старении мужчин, что влияет на качество жизни. Для определения показаний, прогноза операции и возможных осложнений используют измерение объема предстательной железы. Как правило, объем простаты можно измерять с помощью трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ). Однако результаты ультрасонографии зависят от исследователя, изменчивость оценивают от -21% до +30%. Поэтому в последнее время начали широко использовать цифровые радиологические методы определения размеров и объема простаты, подобно как мультиспиральная компьютерная томография. Тем не менее, актуальным методом исследования остается пальцевое ректальное исследование (ПРИ).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Цель исследования. Сопоставить размеры предстательной железы, определенные одним или несколькими исследователями с помощью пальцевого ректального исследования, с объемом, измеренным с помощью трансректального ультразвукового исследования.

Материалы и методы: Был ретроспективно проведен анализ данных полученных при обследовании 56 пациентов с ДГП, обратившихся по поводу нарушения уродинамики нижних мочевых путей. Все больные осмотрены, и им проведено ПРИ двумя врачами-урологами. Затем больным была выполнена ТРУЗИ, которое было осуществлено несколькими врачами радиологического отделения, имеющими большой опыт работы.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов был $69,6 \pm 8,7$ лет. Уровень простато - специфического антигена составил $2,6 \pm 0,3$ нг/мл. Оказалось, что размеры предстательной железы выявленные при ПРИ и измеренные с помощью TRUS были вполне сопоставимы и не значительно отличались (показатель Pearson от 0,4 до 0,9) при объемах железы менее 30 мл³. Однако при размерах простаты у мужчин с аденомой более 40 мл³ ошибка составила 25-55 % в сторону уменьшения когда выполняли ПРИ по сравнению с ТРУЗИ. Следует отметить, что в группе мужчин с объемом предстательной железы более 80 мл³, разница в результатах ПРИ и ТРУЗИ составила всего 10%.

Выводы. При пальцевом ректальном исследовании недооценивают размер простаты, особенно если объем простаты по данным ТРУЗИ не превышает 40 мл³. Тем не менее, выполнение ПРИ может оказать помощь в определении размеров предстательной железы, у больных с большим объемом простаты, что часто подтверждается при выполнении ТРУЗИ. Более того, у подавляющего большинства этих пациентов разница между размером ДГП определенный с помощью ПРИ и ТРУЗИ была незначительной.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ И ОБЛИТЕРАЦИЯМИ УРЕТРЫ У МУЖЧИН

Ибрагимов Ф.А, Рустамов У.М

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования - поиск новых методик направленных на улучшение качества лечения больных со стриктурами и облитерациями уретры у мужчин.

Материал и методы исследования: Прооперировано 52 пациента с диагнозом: стриктура уретры (различного генеза). Из них пластических операций на уретре – 6, оптических уретротомий – 46. Повторные оперативные вмешательства потребовались 9 больным.

Результаты исследований. В наших наблюдениях у больных с послеоперационными стриктурами уретры протяженность стриктур простатического отдела варьировала от 0,3 до 2 см., мембранозного отдела от 0,3 до 1,8 см., в области шейки мочевого пузыря от 0,8 до 1,2 см. У больных с посттравматическими стриктурами уретры с локализацией в простатическом отделе протяженность составляла от 0,5 до 1,0 см. с локализацией в мембранозном отделе от 0,5 до 1,5 см. Положительные результаты лечения достигли 86%. Двоим больным со стриктурами уретры более 2 см. и неэффективными неоднократными вмешательствами потребовалась установка уретрального стента (4,5 и 5 см). Недержания мочи не наблюдалось. Следует отметить, что за последние годы значительно сократилось количество открытых пластических операций на уретре. Это связано с широким внедрением в урологическую практику эндоскопических методов лечения больных со стриктурами уретры. Метод внутренней оптической уретротомии является высокоэффективным и менее травматичным по сравнению с бужированием, повышает радикальность оперативного лечения больных с

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

послеоперационными стриктурами уретры. Проведенная сравнительная оценка показала значительное преимущество последней, заключающееся в сокращении сроков пребывания больных в стационаре, меньшем числе осложнений и большей радикальности оперативного пособия. Для отбора больных на оптическую уретротомию практически не имеет значение локализация стриктуры уретры. По нашим данным посттравматические стриктуры наиболее часто локализовались в промежностном (28,5%) и мембранозно-простатическом отделах (33,5%), послеоперационные стриктуры в мембранозном (31,4%) и простатическом отделах (72,7%) а также в шейке мочевого пузыря. По мнению П.А.Щеплева при поражении фиброзом «менее 1/3 толщины спонгиозного тела возможно выполнение эндоскопической уретротомии». Однако, в случае рецидива стриктуры или поражения спонгиозного тела уретры более чем на 1/3 толщины слоя спонгиозной ткани целесообразнее произвести операцию одним из открытых способов.

При пластических оперативных вмешательствах по Б.Н. Хольцову и в модификациях доступ, иссечение рубцов и резекция уретры производились с применением радиоволнового аппарата «Сургитрон». Первый опыт применения радиоволновой хирургии в нашей клинике показал высокую эффективность данной технологии, что положительно отразилось на результатах лечения больных со стриктурами уретры.

Вывод: Метод внутренней оптической уретротомии является высокоэффективным и менее травматичным по сравнению с бужированием, повышает радикальность оперативного лечения больных с послеоперационными стриктурами уретры.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРАТНОГО УРОЛИТИАЗА

Ибрагимов Ф.А. Садикова Д.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить результаты литолитической терапии с уратным литиазом с недренированной почкой.

Материал и методы исследования: У 55 пациентов выяснялся характер питания, были исследованы осадок мочи, рН 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

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

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.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЭНУРЕЗА

Ибрагимов Ф.А

Андижанский государственный медицинский институт

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) - клинический синдром, характеризующийся ургентным мочеиспусканием (неожиданно возникающий, трудно подавляемый позыв к мочеиспусканию), учащенным как днем (поллакиурия), так и ночью (ноктурия). ГАМП часто сопровождается ургентным недержанием мочи. ГАМП достаточно распространенный клинический синдром, встречающийся в различных возрастных группах, приводящий к физической и социальной дезадаптации.

Цель исследования: изучение связи между энурезом в детском возрасте и гиперактивностью мочевого пузыря у взрослых.

Материалы и методы исследования: Проведен опрос 96 пациентов с ГАМП для выяснения наличия и возраста окончания энуреза. Среди опрошенных больных было 168 женщин и 18 мужчин. У 72 больных отмечалась ГМП без ургентного недержания мочи, а у 114 – с ургентным недержанием мочи.

Результаты: Из 186 опрошенных больных с ГМП на наличие энуреза в детском возрасте указали 19 (19,8%) пациентов. Среди них оказалось 10 женщин и 9 мужчин, что составило соответственно 10,4% и 9,4% от всех опрошенных. Частота энуреза в детстве у женщин с ГМП таким образом оказалась достоверно выше, чем у мужчин.

В то же время отмечены различия в возрасте прекращения энуреза у больных в зависимости от симптоматики ГМП. Оказалось, что из 13 пациентов с ургентным недержанием мочи избавились от энуреза до 10-летнего возраста только 6 больных.

Таким образом, возраст окончания энуреза не зависит от пола пациента, но связан с симптоматикой ГМП: тем позже закончился энурез, тем выше вероятность развития ургентного недержания мочи впоследствии. Объяснить данный факт можно тем, что в основе

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

патогенеза энуреза и ГМП лежат принципиально одни и те же механизмы, а именно нарушение нервной регуляции чувствительности и сократительной активности мочевого пузыря в фазу наполнения. Сам факт наличия энуреза в детстве предполагает наличие у больного врожденной «ненормальности» рефлекса мочеиспускания. Появившиеся в последние годы данные указывают на то, что эти нарушения могут быть не только функциональными, но и связанными с генетически детерминированными морфологическими дефектами, в частности, изменением плотности рецепторов в мочевом пузыре и спинном мозге. Вероятно, что такие дети предрасположены во взрослом возрасте к развитию ГМП.

Вывод. Чем более выражены данные нарушения у ребенка с энурезом, тем в более позднем возрасте у него нормализуется рефлекс мочеиспускания и восстанавливается контроль над мочевым пузырем. Однако при развитии гиперактивного мочевого пузыря во взрослом возрасте заболевание протекает у такого пациента в более тяжелой форме, то есть сопровождается ургентным недержанием мочи.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПОЧЕК

Иброхимов Х., Саидкомолов Р.Ф., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Кистозные заболевания почек занимают первое место не только по частоте обнаружения, но и по многообразию форм, порой схожих морфологически, но имеющих принципиальные различия в генезе и тактике лечения. Приходится проводить дифференциальный диагноз не только между различными вариантами кист почек, но и с абсцессом, гидронефрозом, паразитарной кистой, туберкулезной каверной, сосудистой аневризмой и другими жидкостными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства. Трудности диагностики кистозных заболеваний почек заключаются, прежде всего, в их бессимптомном клиническом течении, медленном росте, что делает их также схожими с онкологическими процессами. А обширность забрюшинного клетчаточного пространства позволяет достигать им больших объемов.

Цель исследования: определить последовательность дифференциальной диагностики у больных кистами почек.

Материал и методы: За период с 2018-2021 г. в нашем отделении пролечен 278 пациент с кистозными образованиями почек. Всем пациентам выполнено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Данный метод хорошо зарекомендовал себя в выявлении жидкостных образований.

Результаты исследования показали, что из 278 пациентов у 219 выявлены простые кисты, у 17 - множественные, у 10 был диагностирован поликистоз почек в сочетании с поликистозом печени, - у 3-х пациентов мультилокулярные кисты (в 2-х случаях справа, в одном - слева) и у 12 больных выявлены парапельвикальные кисты почек, 17 кист оказались непечечного происхождения. Трудности возникают при исследовании тучных пациентов, что связано поглощением ультразвуковой волны жировой тканью. Затруднена интерпретация результатов УЗИ жидкостных образований проекции почечного синуса и ворот почки, установить точный топический диагноз в этом случае позволяет цветная доплерография. Во всех сомнительных случаях, плюс к вышеперечисленным методам мы применяли КТ с внутривенным контрастированием. Во всех трех случаях мультилокулярную кисту мы диагностировали интраоперационно, до операции диагноз звучал, как простая

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

киста почки. Также и в трех наблюдениях больных с кистой хвоста поджелудочной железы, несмотря на сомнения в природе кисты и выполненную до операции КТ, окончательный диагноз был поставлен только во время операции. В одном случае киста нижнего полюса левой почки 2-х литровым объемом, занимала всю левую половину живота и вызвала острую кишечную непроходимость.

Вывод: Таким образом, несмотря на применение всего спектра диагностических процедур до операции, непосредственная визуализация кистозного образования во время операции должна рассматриваться как последний этап диагностики, позволяющий правильно выбрать лечебную тактику

ОКАЗАНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ПАТОЛОГИИ

Искандаров Ю.Н., Камолов Н.А., Абдурахмонов Ф.Р.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Интерес к нейрогенным расстройствам мочеиспускания (НРМ) обусловлен как актуальностью данной проблемы, так и отсутствием достаточно эффективных методов восстановления функции нижних мочевых путей.

В настоящее время по показаниям последовательно применяются различные способы отведения мочи по поводу расстройства мочеиспускания у больных с ПСМТ: начиная от надавливания в надлобковой области и периодической катетеризации мочевого пузыря вплоть до пожизненной эпицистостомии.

Цель. Целью данного исследования является сравнительное изучение целесообразности разных способов дренирования мочевого пузыря при НРМ. Мы также решили определить значение так называемого синдрома сине-фиолетового мочеприёмника, сопровождающего эти состояния.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП за последние 5 лет (2015-2022 гг.) наблюдали 275 больных с позвоночно-спинномозговой патологией. Из них 225 пациентов с повреждениями и 50 - с патологическими состояниями.

Распределение больных по нозологическим единицам (диагноз, МКБ-10): Повреждения – 225(100%): компрессионный перелом позвоночника – 172(76%), перелом позвоночника с нарушением функций спинного мозга – 53(24%); Заболевания – 50(100%): опухоль позвоночника – 36(72%), опухоль спинного мозга – 14(26%).

Урологические осложнения у этих пациентов сводились в основном тем группам симптомов, которые приводились: учащенное мочеиспускание - 180(80%), затруднённое мочеиспускание – 162(72%), недержание мочи – 120(53%), хроническая задержка мочеиспускания – 86(38%), острая задержка мочеиспускания – 118(52%), парадоксальная ишурия – 25(11%), нейрогенный мочевой пузырь – 36(16%).

Результаты. Для объективной и полноценной характеристики указанных осложнений применялись общие и специальные урологические методы обследования (общий анализ мочи, УЗИ, обзорная и экскреторная урография, уретро- и цистография, уретро- и цистоскопия и, наконец, компьютерная томография). Наряду с проведением нейрохирургического лечения, в комплексе лечебных мероприятий включили также методы устранения осложнений урологического характера.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Урологическая помощь: мочеиспускание с усилением брюшного пресса – 105(47%), периодическая катетеризация – 86(38%), постоянный катетер – 145(64%), троакарная цистостомия – 18(8%), перкутанная цистостомия – 7(3%), эпицистостомия – 12(5%)

Естественно, что при всей многочисленности публикаций, на сегодняшний день отсутствует единая нейрохирургическая и урологическая лечебная тактика при выборе метода параллельной и единовременной коррекции позвоночно-спинномозговых и урологических отклонений, мнения различных авторов о преимуществах и их недостатках противоречивы.

Выводы. Представляет особые сложности определение сроков нахождения дренирующей системы в мочевых путях и перехода к самостоятельному мочеиспусканию, а также способы его восстановления без ущерба не только мочевому тракту, но и неврологическому статусу. На наш взгляд периодическая катетеризация и перкутанная цистостомия (при необходимости) в настоящее время является приемлемым методом при лечении мочевых осложнений у больных позвоночно-спинномозговой патологией, всё же требуя разработки решения по существующим проблемам в данной области нейрохирургии и урологии.

ДОЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТ

Искандаров Ю.Н., Аллазов С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время доброкачественная гиперплазия предстательной железы по частоте возникающих осложнений при радикальных оперативных вмешательствах стала занимать важное место в урологической практике (Винаров А.З. 2010). Частота осложнений после открытой аденомэктомии составляет от 8,8 % до 27 % (Аляев Ю.Г.соавт., 2006; Varkarakis J., et al., 2004), гиперактивность мочевого пузыря после трансуретральной резекции простаты сохраняется в 16-80 % случаев (Глыбочко П.В., и соавт., 2012). Актуальным является не только выявление и устранение этих периоперационных хирургических осложнений при аденомэктомии, но и прогнозирование их исходов. С этой точки зрения в настоящее время рассматривается возможность диагностики и прогнозирования исходов отдельных форм интра- и послеоперационных хирургических осложнений при аденомэктомии с применением различных шкал, математических методов, современной медицинской технологии (Мамадалиев А.М., соавт., 2012). Является своевременной дискуссия, открытая редколлегией журнала «Урология» на тему: «Выбор оптимального оперативного лечения больных аденомой предстательной железы», инициированная ведущим урологом Н.Ф. Сергиенко (Сергиенко Н.Ф. соавт., 2012). Предстоит адаптировать классификацию Clavien P.A.-Dindo D., Dindo D. et al., (2004) по хирургическим осложнениям, предложенную в отношении некоторых хирургических операций (холецистэктомия и др.) к операции аденомэктомии с учетом, кроме преоперационных, еще и отдаленных хирургических осложнений.

Материал и методы. Как утверждают, Аллазов С.А и соавт.(2011 Гиясов Ш.И 2012) предложенный вариант классификации, не мог в полной мере удовлетворить требования врачей. В связи с чем Dindo D. et al., Dindo D. и соавт., (2004) видоизменили и усовершенствовали эту классификацию исходя из опасности осложнений для жизни больного и длительности нетрудоспособности. Необходимость исследования проблемы прогнозирования исходов хирургических осложнений при аденомэктомии диктуется нарастанием их частоты и тяжести, а также тяжелыми осложнениями (Солонюк З.Г. соавт. 2012).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Результаты. Конечные оценки хирургических вмешательств остаются ограниченными в связи с трудностью определения осложнений и классифицирования их тяжести. Суть классификации Clavien P. et al. и Dindo D. et al. (Dindo D. соавт 2004) состоит в оценке тяжести осложнения в зависимости от метода его лечения. Этот подход позволяет выделить большинство осложнений и предотвратить недооценку главных отрицательных результатов. Прежде всего жизнеугрожающие осложнения и связанные с высокой смертностью, стрессами для больных и существенным расходом медицинских ресурсов и требующие интенсивного лечения, должны быть отделены от осложнений, которые можно лечить в общем порядке. Исходя из этих соображений классификация Dindo D. et al. построена в основном на медицинских аспектах, и прежде всего на инвазивности лечения, проводимого для коррекции осложнения.

Выводы. Из хирургических способов лечения аденомы предстательной железы в настоящее время наибольшее распространение получила трансуретральная резекция (ТУР) и чреспузырная аденомэктомия. В связи с малотравматичностью и высокой эффективностью ТУР перед другими методами занимает главенствующее положение но она у 8-12 % пациентов сопровождается интра- и послеоперационными осложнениями. Кроме того у большинства пациентов имеются противопоказания к этой методике лечения аденомы предстательной железы. До сих пор чреспузырная аденомэктомия остается наиболее радикальным способом и имеет ряд преимуществ: 1) возможность выполнения при любом типе роста и размерах железы; 2) возможность выполнения операции при больших размерах аденоматозных узлов; 3) крупных или множественных камнях в мочевом пузыре; 4) наличии дивертикулов мочевого пузыря; 5) при невозможности помещения пациента в урологическое кресло из-за анкилоза тазобедренных суставов.

Многие из предложенных различных методов аденомэктомии и способов гемостаза не нашли широкого применения в практике из-за трудности их выполнения, ненадежности остановки кровотечения из ложа, большой частоты интра- и послеоперационных осложнений (Аллазов С.А. соавт 2009).

Согласно полученным данным, четко прослеживается тенденция уменьшения частоты послеоперационных осложнений в порядке убывания при гемостазе путем тампонирования, ушивания, наложения съемных швов, в особенности при обработке ложа аденомы 10%-ным настоем лагохилуса (Аллазов С.А. соавт., 2009, 2011, 2012). Нужно признать скептическое отношение практикующих урологов к аденомэктомии с тампонированием ложа аденомы и их увлечение ушиванием, низведением шейки мочевого пузыря для достижения гемостаза.

Выводы. Послеоперационная летальность ниже у больных при позадилобковом доступе или одномоментном наложении глухого шва. Послеоперационная летальность ниже у больных, оперированных одномоментно, чем у больных, оперированных двухмоментно, т.е. у больных с надлобковым мочепузырным свищом. Это и понятно - больные второй группы обычно страдают, кроме ДГПЖ, также различными соматическими и интеркуррентными заболеваниями.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ХАРАКТЕР КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ COVID-19

Исмоилова З.А

Ассистент кафедры «Педиатрии и высшего сестринского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

Актуальность. Почечные проявления являются угрожающими жизни состояниями, такими как болезнь почек в конечной стадии, особенно когда они связаны с вирусными инфекциями. Коронавирус-2 тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV-2) является новой проблемой здравоохранения во всем мире, потенциально поражающей все органы, включая почки. Большинство отчетов о почечных проявлениях были проведены в основном на взрослом и пожилом населении, а на детях - в ограниченном количестве.

Цель работы: Изучить клинико-лабораторные особенности острого тубулоинтерстициального нефрита развившегося на фоне Covid-19.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 больных с острым тубулоинтерстициальным нефритом (ОТИН) в возрасте от 5 до 18 лет, которые были разделены на 2 группы: 1 группу составили 17 больных с ОТИН без наличия в анамнезе Covid-19, а также 15 больных с ОТИН имеющих в анамнезе Covid-19. В ходе исследования были применены общеклинические - анамнез, осмотр, анализы крови и мочи, инструментальные – экскреторная урография, УЗИ почек, нефросцинтиграфия, измерение артериального давления, биохимические – креатинин крови и мочи, ПЦР, бактериологические – посев мочи на микрофлору, статистические.

Результаты исследования. Выявлено что, в условиях Covid-19 острый тубулоинтерстициальный нефрит возникал примерно у 47% наших госпитализированных детей и 5 детей, нуждались в госпитализации в отделение интенсивной терапии. Девочки доминировали среди больных ОТИН 18 (57%). Срок определения ОТИН после перенесенного заболевания Covid-19 в анамнезе от даты поступления составил от трех недель до 2 месяцев. В зависимости от этиологического фактора мы выделили следующие варианты ТИН: токсико-аллергический отмечался в результате бактериальных инфекций (ангина, отит), повышенного распада белка (6 больных (19%)); вирусной инфекции - развился на фоне или тотчас после ОРВИ (4 (12,5%)) и Covid-19 (15 (47%)). У 1 ребёнка (2,7%) установлена роль гемодинамических нарушений (шок).

При обследовании больных с ОТИН, степень активности устанавливалась в соответствии с критериями, предложенными Н.А. Коровиной, О.Н. Ржевской (1991).

Учитывая проблему ранней диагностики тубулоинтерстициального нефрита, необходимо выделить особенности клинической картины в данной группе. Клиника ОТИН у 19 детей (60%) проявлялась на 3 - 4 день воздействия этиологического фактора. Преобладали признаки интоксикации (головная боль, вялость, сонливость, снижение аппетита) – 58/93 (10/14), кратковременная лихорадка субфебрильного характера- 47/80% (8/12), рецидивирующие абдоминальные боли – 29/73% (5/11). Экстраренальные проявления (отёчный синдром) встречались в 47/93% (8/14), изолированный мочевого синдром – 58/33% (10/5), склонность к гипотонии – 58/20% (10/3) случаев.

Выводы. По данным наших наблюдений видно, что при поступлении детей с ОТИН с наличием в анамнезе Covid-19 и 1 группой достижимо значимых различий в сравнении с контролем достигают все проанализированные параметры, что является

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

отражением нарушения иммунологической реактивности ребёнка при развитии ОТИН, при этом у детей с ОТИН на фоне Covid-19 мы наблюдали более глубокие изменения в отношении всех исследованных клинико-лабораторных показателей.

По нашему мнению, это связано с большей агрессивностью самих патогенных микроорганизмов, вызывающих Covid-19, что является причиной более выраженной интоксикации.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ ПОРАЖЕНИЯ НА ФОНЕ COVID-19 У ДЕТЕЙ.

Исмоилова З.А.
Ургенческий филиал ТМА

Почечные проявления являются угрожающими жизни состояниями, такими как болезнь почек в конечной стадии, особенно когда они связаны с вирусными инфекциями. Коронавирус-2 тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV-2) является новой проблемой здравоохранения во всем мире, потенциально поражающей все органы, включая почки. Большинство отчетов о почечных проявлениях были проведены в основном на взрослом и пожилом населении, а на детях - в ограниченном количестве. В то время как данные, касающиеся эпидемиологии, патофизиологии, факторов риска и прогноза у взрослых с гистопатологией почек после острой инфекции COVID-19 становятся более хорошо известны, остается значительный пробел в нашем понимании внутренних патологических почечных проявлений у детей после острой инфекции COVID-19. В настоящее время предпринимаются все большие усилия для выяснения конкретных механизмов внутренней почечной патофизиологии после острой инфекции COVID-19. Определение этих механизмов может оказаться сложной задачей из-за этических ограничений, связанных с проведением рутинной биопсии почки у детей, а также из-за отсутствия в настоящее время точного неинвазивного диагностического теста. Мы изучали 40 госпитализированных пациентов в возрасте (5–18 лет) с COVID-19. Выявлено что, в условиях COVID-19 ОПП возникала примерно у 35 % наших госпитализированных детей и 5 детей, нуждались в госпитализации в отделение интенсивной терапии. У 20% пациентов наблюдались умеренная протеинурия, у 15% пациентов микрогематурия, у остальных наблюдались цилиндрурия. По возрасту ОПП встречались пациентов с 5 до 12 лет и у лиц с сопутствующими заболеваниями. ОПП протекали в виде острый тубулоинтерстициальный нефрит и острый пиелонефрит.

Выводь. Различные поражения почек у детей страдающих с COVID-19, может быть как легкой, например, протеинурия, цилиндрурия или бессимптомная гематурия, так и тяжелых форм, таких как острое повреждение почек (ОПП). ОПП часто встречается у детей младшего возраста с сопутствующими заболеваниями. Особенно у детей с врожденными аномалиями почек.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМФИЗЕМАТОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Кадыров Н.У., Режавалиев К.Р., Наджимитдинов Я.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии» Ташкент, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Лечение больных с инфекцией мочевого тракта, в том числе эмфизематозный пиелонефрит, остается актуальной проблемой в урологии. Эмфизематозный пиелонефрит (ЭП) — острый осложненный пиелонефрит, обусловленной газообразующей микрофлорой, главным образом грамотрицательными микробами. Выбор тактики

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

лечения крайне сложный: консервативное или оперативное. При безуспешности консервативной терапии выполняют оперативное лечение: в случае инфаркта и гнойного нефрита почки предпочтительно произвести нефрэктомия при сохранной контрлатеральной почкой - выздоровление до 80%. Дренирование почки производят у резко ослабленных пациентов при высоком операционном риске и при адекватном дренировании почки с назначением антибактериальной терапии по бак.посеву мочи - прогноз благоприятный.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности радиологических методов исследования у больных с эмфизематозным пиелонефритом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 27 больных с диагнозом эмфизематозный пиелонефрит за период 2017-2021г.; 22 из которых были женщины и 5 мужчин. Средний возраст больных составлял 48лет (от 27лет до 69лет). Из 27 больных лишь только один пациент не болел сахарным диабетом. При лабораторном исследовании у 19-ти больных (70%) при бактериологическом посеве мочи была высеяна *esherichia coli* с высокой чувствительностью к цефалоспорином 4-поколения и карбопенемам., у 1-ого больного грибы рода *candida*, у 7-х роста микробов не обнаружено. 23-м больным произведена МКСТ почек, где отмечалось скопление воздуха толщиной до 24 мм под капсулой почки. Обструктивный ЭП был выявлен у 12 больных (44%), обусловленный камнем.

Результаты исследования. Шестерым больным с обструктивным ЭП по тяжести состояния – нарастание септического состояния, уремии, анемии - произведено дренирование пораженной почки: перкутанная нефростомия выполнена у 5 больных и стентирование мочеточника произведена у одного пациента. Летальный исход был у одного пациента с 2-х сторонним поражением почек ЭП, после дренирования почки из-за нарастающей хронической болезни почек, сепсис синдрома и полиорганной недостаточности несмотря на проведенные мероприятия и сеансы гемодиализа.

Оставшиеся шесть больных с обструктивным пиелонефритом были прооперированы в день обращения в связи с нарастанием септического состояния, которым произведена нефрэктомия. Учитывая отсутствие положительной динамики консервативной терапии, 24-м больным (89%) была произведена нефрэктомия, из них 20-м пациентам- экстренная нефрэктомия, оставшиеся 4 пациента были подвергнуты дренированию почки. После чего в плановом порядке им произведено удаление гнойной почки. Пятерым пациентам произведена ТИАБ почек, где было выявлено гнойное воспаление почек, троим из которых была выполнена нефрэктомия. Двое больных, после ТИАБ почки и аспирации из зоны интереса гнойного содержимого, на фоне раннего выявления возбудителя и адекватной антибиотика терапии по бак. посеву мочи, были выписаны из стационара с выздоровлением (7.4%).

Выводы. Таким образом, при гнойном эмфизематозном пиелонефрите золотым стандартом диагностики является КТ и рентген диагностика почек, бактериологический посев мочи, а методом лечения при отсутствии эффекта антибиотика терапии является экстренная нефрэктомия с целью удаления очага инфекции.

ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ

Камалов Н.А., Аллазов С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Молниеносная гангрена половых органов – острая некротизирующая инфекция, поражающая подкожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области мужчин; характеризуется острым некрозом тканей

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

полового члена и мошонки, значительно реже – половых органов женщин. Молниеносная гангрена наружных половых органов как тяжелое, быстро прогрессирующее хирургическое заболевание волнует не только хирургов и урологов, но и многих других специалистов в связи с возникновением как осложнение ряда смежных заболеваний инфекционно-воспалительного характера (гинекологические, проктологические, нейрохирургические и др.). Оказание помощи при этом заболевании и результаты его не удовлетворяют практических врачей. При этом самым эффективным и надёжным способом является соблюдение принципов «агрессивной» хирургии. Считаю актуальным применение последней при болезни Фурнье. Предполагается, это сочетание установок «агрессивной» хирургии с современными методами лечения в самой начальной стадии даст желаемые лечебные результаты.

Цель. Изучение эффективности «агрессивной хирургии» в сочетании использования лагохилуса как местного гемостатика.

Материал и методы. В базе данных Medline только с 1996 по 2005 гг. обнаружено 600 случаев. В России к 1975 году насчитывалось 57 наблюдений. По Узбекистану статистических данных о частоте болезни мы не обнаружили.

Результаты. Гангрена Фурнье чаще всего встречается у молодых больных с сахарным диабетом, у которых боли в мошонке и признаки интоксикации не соответствуют выраженности объективных симптомов. Быстро распространяющиеся эритема и отек, образование пузырей, пигментация кожи и зловонное отделяемое должны настораживать о молниеносном развитии некроза. Если лечение запаздывает, развивается сепсис, и гемодинамика становится нестабильной.

Условия кровоснабжения мошонки играют немаловажную роль в возникновении гангрены при наличии инфекции. Анатоми- и патогенетическими предпосылками болезни считают отдалённость кожи мошонки и полового члена от организма и центрального кровообращения, в отличие от их содержимых, обеспечивающихся кровью непосредственно от магистральных сосудов. Другой особенностью кожи наружных половых органов является несоответствие узкого калибра артерий и широких диаметров вен. Последнее способствует медленному кровотоку в венах и тромбированию с последующим некротизированием и инфицированием кожи мошонки, полового члена и близлежащих органов. Это же подтверждено анатомическими исследованиями А.Е. Мангейма, который установил, что артериальное кровоснабжение мошонки бедное, но в толще клетчатки проходят довольно широкие вены. Множественный тромбоз вен при инфекционных заболеваниях влечёт за собой гангрену кожи мошонки.

Лечение идет по нескольким направлениям, включая нормальную перфузию органов, нарушенную септическим процессом. В случае тяжелой интоксикации больные нуждаются в реанимационных пособиях, поэтому кратковременная предоперационная подготовка до 2-х часов проводится в отделении интенсивной терапии.

После быстрого обследования стабилизируют состояние больного и начинают вводить антибиотики широкого спектра действия.

Оперативное лечение должно проводиться безотлагательно. По своему характеру и объёму операции при некротизирующем фасциите относятся к категории «Агрессивной хирургии» (Ефименко Н.А., Привольнев В.В., 2008; Аллазов С.А. и соавт., 2016). Производится полное иссечение всех некротических тканей, источника эндотоксикоза, а не рассечение посредством нескольких разрезов, как это рекомендовалось в недалеком прошлом.

У хирурга к концу операции не должно быть сомнений, что весь некроз иссечен, а если такие сомнения возникают, то проводится повторное вмешательство через 12-24 часа. При обширных промежностных ранах иногда прибегают к наложению колостомы,

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

цистостомы, с целью уменьшения риска контаминации раны. Хирургическая обработка послеоперационной раны. В послеоперационном периоде больного постоянно наблюдают и при необходимости обрабатывают рану повторно. Часто обнажаются большие участки тканей между нижним отделом живота и верхней частью бедер. Когда состояние больного стабилизируется, рана очищается и покрывается грануляциями, мошонку реконструируют. Хирургическую обработку заканчивают гемостазом, полость раны промывают раствором перекиси водорода. Мы с этой целью применяли сильный местный гемостатик и седативный препарат - 10% настоек и настойку лагохилуса опьяняющего. В связи с опасностью прогрессирования некротических изменений, на 2-3 сутки выполняют программированные этапные хирургические обработки. Постоянное промывание проводят в течение 5-7 суток с постепенным переходом на фракционное, которое заканчивают на 8-9 сутки. Для закрытия больших дефектов используют аутодермопластику. В большинстве случаев рану удается закрыть швами и достичь ее заживления. Адекватное хирургическое лечение в совокупности с интенсивной терапией приводят к выздоровлению больных. За период 2000 – 2016 гг. в отделение экстренной урологии СФ РНЦЭМП поступило 12 больных с болезнью Фурнье. Летальность составила 17%. Умерло 2 больных, у которых флегмона Фурнье возникла как осложнение операций на мочеполовых органах. Благополучных исходов – 10. Приводим 2 клинических случая гангрены с тяжёлым течением и летальным исходом.

Выводы. Следует отметить, что тяжесть клинического течения заболевания связана со сроками госпитализации больных в профильные отделения гнойной хирургии. Поздняя госпитализация приводит к генерализации и распространению гнойно-некротического процесса на смежные анатомические области, осложняет течение и удлиняет сроки лечения, а также может привести к летальным последствиям. Хирургическое вмешательство должно осуществляться с соблюдением принципов «агрессивной хирургии». Целесообразным является обработка послеоперационной раны 10% настоем или настойкой лагохилуса, сильным местным гемостатиком и седативным средством лагохилусом опьяняющим.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ И БАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Камолов Н.А., Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б., Аллазове И.С., Маманазаров Д.Ш.
Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. Некротизирующий фасциит половых органов острая некротизирующая инфекция, поражающая под-кожную жировую клетчатку наружных половых органов и перианальной области. Летальность при этом составляет 7- 22. Актуальным является своевременное дифференцирование их от банальные инфекции и проведение адекватного радикального хирургического лечение с соблюдением принципа радикальной хирургии с полным иссечением всех некротических тканей при фасциитах и адекватное лечение при банальной инфекции.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных с некротизирующий фасциит половых органов и 40 больных с банальной инфекцией с включением в комплекс лечение препаратов лагохилуса. Применяли клинико-анамнестические, лабораторные, биохимические, гемокоагуляционные, инструментальные методы и изучение состояния после операционной раны.

Результаты исследования. Ретроспективное изучение по научным материалам урологических отделений, каса тельно применения различных способов

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

оперативного лечения некротизирующего фасциита и банальной инфекции половых органов у мужчин показало отсутствие точных критериев диагностики и лечения этих двух патологий. Применение принципов радикальности (агрессивная хирургия) при некротизирующем фасциите способствует полноценному и адекватному лечению. В то же время при банальных инфекциях наружных половых органов (баланит, баланопостит, орхит, орхоэпидидимит и др.) можно ограничиться консервативными или при нагноении вскрытием гнойника. При возникновении обширных раневых поверхностях эффективным методом гемостаза операционной раны является обработка препаратами пагохилуса.

Выводы. Дифференцированный подход к диагностике и лечению и применение препаратов пагохилуса, как гемостатика способствует улучшению результатов радикальной хирургии при фасциите и щадящему подходу при банальной инфекции.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ

Камолов Н.А., Аллазов С.А., Батиров Б.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на изучение вопросов малоинвазивных методов лечения почечно-каменной болезни, в последнее время возникают некоторые сомнения о преимуществах дистанционной ударно-волновой литотрипсии, до недавнего времени считавшегося самым эффективным и не инвазивным методом.

Цель. Изучая результаты обследования больных нефроуретеролитиазом, разработать критерии прогнозирования эффективности лечения ДУВЛ и профилактики возможных осложнений.

Материалы и методы. За период 2015-2022 гг. нами обследованы 293 больных нефроуретеролитиазом в возрасте от 16 до 68 лет. Из них женщин 137 (46,7%), а мужчин - 156 (53,3%). Для прогнозирования результатов ДУВЛ мы осуществляли оценку анамнеза, объективных, лабораторных, ультразвуковых исследований (УЗИ) и рентгенологических данных, а также изучали изменение кристаллизационных процессов в зависимости от Фрагментации камня. ДУВЛ проводилась на аппаратах «Kompakt Delta II» компании Dornier Med Tech (Германия) и «ASADAL M 1» (Южная Корея). Визуализация конкремента осуществлялась ультразвуковым и рентгенологическим способами. Размеры конкрементов варьировали от 0,6 до 2,8 см. Для фрагментации камня применялась мощность в режиме 16 кВ частотой до 2500 импульсов.

Результаты. Учитывая влияние локализации конкрементов на исход ДУВЛ всех больных разделили на 3 группы: с камнями почек (102), камнями верхней (107) и нижней (84) трети мочеточников. При оценке результатов уделялось внимание длительности нахождения камня в почке и мочеточнике, результатам предварительно проведенной антибактериальной литогонной и литолитической терапии, наличию или отсутствию в анамнезе операций со стороны предстоящей ДУВЛ, которые влияя на уродинамику верхних мочевых путей, также определенным образом могут положительно или отрицательно влиять на миграцию фрагментов камня после литотрипсии. Анализ наших результатов показал, что камни, имеющие неоднородную структуру, низкой или высокой интенсивности, с неровными шероховатыми краями (66 случаев 22,5%) фрагментировались после 1 или, реже, 2 сеансов. Если камень однородной структуры, с ровными краями, средней интенсивностью (227 больных - 77,5%), он обычно разрушался после 3-4 (в 3 случаях 5) сеансов. Нами выявлено, - что наиболее

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

легко фрагментировались плоские камни, неправильной формы и сформировавшиеся в течение не более 5-6 месяцев, расположенные в почечной лоханке и верхней трети мочеточника. В то время, хуже разрушались длительно стоящие камни при продолжительности стояния 6 и более месяцев, округлой формы, плотной консистенции и находящиеся в нижней трети мочеточника. ДУВЛ таких камней сопровождалась большим процентом осложнений у 24 больных. Кроме того, положительное воздействие на результаты - ДУВЛ оказывала предварительно проведенная противовоспалительная, литолитическая и литокинетическая терапия.

Выводы. Таким образом, на результаты ДУВЛ большое влияние оказывают не только химические свойства, состав конкремента. Немаловажную роль играют анамнестические данные, состояние и структурно-функциональные изменения почек и мочевыводящих путей, наличие ИМТ, Характеристики возраст камня, его размер и локализация. Учитывая все возможные Камня перед проведением ДУВЛ возможно прогнозирование И предотвращение осложнений, улучшение качества жизни больных.

ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНАЯ ЭТИОЛОГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Курбанова Д.И., Халимжонова М.И., Усманова Ф.Т.
Андижанский государственный медицинский институт
Ташкентская медицинская академия

При патологическом состоянии околощитовидные железы гиперпродуцируют паратгормон, приводящий к нарушению метаболизма кальция и фосфора в организме, который способствует тяжелым формам процесса камнеобразования: двусторонним, коралловидным и рецидивирующим уролитиазом. Такое состояние диагностируется, как почечная форма первичного гиперпаратиреозидизма (ППТ). Диагностика заболеваний околощитовидной железы, которая была всегда проблемой для клинической медицины, с появлением эхографических методов исследования дает оптимистические прогнозы для проведения топической диагностики патологического процесса в самих железах.

Цель исследования: обоснование применения метода эхографии для диагностики патологии околощитовидных желез у больных уролитиазом гиперпаратиреозидной этиологии.

Результаты исследования: Под нашим наблюдением находились на лечении 120 больных с диагнозом уролитиаз в возрасте от 22 до 74 лет (в среднем 47,8 лет). Диагноз всем пациентам установлен на основании комплексного обследования. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа из 183 человек, у которых впервые установлен диагноз мочекаменной болезни (МКБ), а вторая группа - 37 больных с многолетним анамнезом МКБ, проявлявшаяся двусторонним, коралловидным и рецидивирующим уролитиазом, при котором можно было подозревать патологию ОЩЖ.

Результаты эхографии были следующими: у 8 (2,9%) больных первой группы и у 28(20,4%) во второй группе были обнаружены субстраты ОЩЖ в виде гиперплазированных образований. Патологические субстраты ОЩЖ отличались по характеру экзогенности, размерам, числу и контурам образований. Характер этих изменений был связан с морфогенезом этих структур.

Вывод: Таким образом, эхографическое исследование позволяет с достаточно высокой степенью достоверности обнаружить патологический процесс околощитовидных желез при первичном гиперпаратиреозидизме и указывает их точную локализацию, что позволит определить объем и тактику хирурга при оперативном вмешательстве. Учитывая точность,

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

безопасность и неинвазивность метода, его целесообразно рекомендовать всем пациентам при уролитолизе гиперпаратиреоидной этиологии.

ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ УРОЛИТИАЗА В ЭКСТРЕННЫХ И НЕОТЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ

Латипов А.О., Аллазов С.А., Умаров А.У., Аллазов И.С.
Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Почечная колика (ПК) представляет собой симптомокомплекс, возникающий вследствие острого (внезапного) нарушения оттока мочи из почки, что приводит к чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы почки, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы (Гузенко В.Н. и соавт., 2004; Зозуля И.С. 2008). По данным различных авторов, в 40–95% случаев приступ ПК обусловлен наличием мочекаменной болезни в виде камней, мигрировавших из почки в мочеточник или, что бывает сравнительно редко, камня чашечки («чашечковая» колика) (Русаков И.Г., Калпинский А.С., 2006; Зозуля И.С. 2008; Белый Л.Е., 2009). В большинстве случаев камни задерживаются в юкставезикальной части дистального отдела мочеточника — месте его максимального физиологического сужения. Обычно при таких ситуациях стараются купировать почечную колику медикаментозными и другими способами. В литературе не описаны способы эндоурологической помощи на фоне почечной колики, чему и посвящается наше научное исследование.

Цель исследования: Целью работы является изучение особенностей эндоурологической диагностики и лечения камней почек и мочевыводящих путей при экстренных и неотложных ситуациях.

Материал и методы: Несмотря на кажущуюся простоту и сравнительную малотравматичность эндоскопических методов диагностики при их применении возможны осложнения, поэтому необходима неукоснительно придерживаться показаний к использованию этих методов, что очень важно для профилактики ошибок и осложнений. В экстренных случаях часто требуется проведение срочного эндоскопического исследования или манипуляции.

Диапазон лечебных мероприятий, которые можно производить даже в неотложных условиях, с помощью современных эндоскопов широк: ирригационная электрорезекция с помощью электрорезектоскопов при опухолях уретры, внутренняя уретротомия при коротких стриктурах уретры, электрорезекция шейки мочевого пузыря при болезни Мариона, ТУР простаты, цистолитотрипсия, эндоскопические методы при камнях мочеточника.

Результаты исследования: Со времени внедрения в Узбекистане эндоскопической техники в лечении больных МКБ прошло более 40 лет, в течение которых произошли значительные изменения, способствовавшие развитию современной урологии в стране. В специализированном Центре Урологии (РСЦУ) успешно выполнены несколько тысяч операций по удалению камней из мочевых путей эндоскопическими путем.

В то же время, как верно отмечают Ф.А. Акилов и соавт. (2011), результативность и эффективность малоинвазивных эндоурологических вмешательств определяется степенью освоенности указанных технологий и достоверно более высока на этапе расширенного внедрения и использования методик в качестве рутинных, нежели на этапе их освоения.

В эндоурологическом кабинете Самаркандской городской больницы за период 2010-2020 гг. проводились: цистоскопия – 1107, уретроскопия – 89, катетеризация мочеточника – 185,

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

цистолитотрипсия – 67, уретеролитоэкстракция – 56, уретролитоэкстракция – 24, цистолитоэкстракция – 52 раза.

При этом наблюдали следующие осложнения: уретральная лихорадка у 6 больных, гематурия у 12, уретроррагия у 12, отрыв конца катетера 1.

В кабинете «Уроликс» Сам.фил. РНЦЭМП за такой же период проводились: цистоскопия – 915 раз, уретроскопия – 70, катетеризация мочеочника – 179, литотрипсия – 44, уретеролитоэкстракция – 29, уретролитоэкстракция – 15, цистолитоэкстракция – 44 раза.

Выводы: В заключении следует указать, что применение по показаниям соответствующих методов исследования и лечения у больных уролитоазом в экстренных ситуациях является залогом оказания успешной медицинской помощи больным. При этом немаловажная роль отводится использованию малоинвазивных эндоурологических методов.

ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ УРАТНОМ ЛИТИАЗЕ

Мамадалиев А., Сайфетдинов С.И., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

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 нефролитоаза.

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%.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

КРЕАТИВНОСТЬ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

В современном обществе в различных отраслях профессиональной деятельности креативность выступает как один из ведущих факторов успешности человека. Креативность становится важным фактором развития личности, определяющим его готовность меняться. В современной психологии изучению проблемы креативности посвящен целый ряд работ, в которых она рассматривается как полная противоположность шаблонного мышления, способствуя рождению оригинальных идей. В практике обучения русскому языку студенты вузов часто встречаются с научным стилем речи, так как они пользуются учебниками, учебными пособиями, словарями, справочниками, в которых научный стиль является главенствующим. В связи этим, считаем, что студенты должны знать о научном стиле речи, знать о его особенностях, терминологии и т.д. Сфера общественной деятельности, в которой функционирует научный стиль – это наука. Ведущее положение в научном стиле занимает монологическая речь. Этот стиль обладает большим разнообразием речевых жанров; среди них основными являются научная монография и научные статьи, диссертационные работы, научно-учебная проза (учебники, учебные и методические пособия), научно-технические произведения (разного рода инструкции, правила техники безопасности), аннотации, рефераты, научные доклады, лекции, научные дискуссии, а также жанры научно-популярной литературы. Научный стиль реализуется преимущественно в письменной форме речи. Для этого стиля характерно использование специальной научной и терминологической лексики, причем в последнее время здесь все больше места занимает международная терминология (рентген, скальпель, кардиология и др.). При изучении терминов студенты встречают трудности работы с ними. Использование различных технологий помогает развивать креативные способности у студентов. Например, по теме «Органы выделительной системы» мы используем «Блиц опрос». Проводим вопросно-ответную беседу: 1. Назовите органы выделительной системы? Опишите их функции. Какова роль органов выделения? Отвечая на заданные вопросы студенты развивают мышление, учатся анализу, совершенствуют мыслительные операции, находят новые решения (синтез, сравнение, обобщение и др.). При изучении темы студенты должны правильно толковать значение терминов почки, мочеточники, печень, кожа, мочевого пузыря. Важно отметить, что на занятиях русского языка можно также предложить студентам и следующее задание: опишите орган и болезнь, используя за основу научный стиль речи, составьте загадки с описанием органов.

Многоплановая работа по русскому языку в медицинском институте в конечном итоге имеет одну общую цель – научить студентов умению связно говорить и писать, т.е. научить их умению составлять не только научные тексты (постепенно усложняя работу), но и читать медицинскую литературу, пользоваться материалами сети Интернет и др).

Воспитание у студенческой молодёжи необходимых навыков и умений для создания научного текста (раскрывать тему и идею, собирать материал и пр.), что в свою очередь, предполагает и конкретную техническую работу. В большинстве своем студенты – будущие медицинские работники, составляют текст эмпирически, без элементарного знания теории, стихийно. Каждый студент вуза в течение длительного времени и на основе многократных упражнений интуитивно отыскивают и опытным путем осваивает ведущие закономерности научного текста. Действительно, обучая студентов научному тексту важно, чтобы они были знакомы с теоретическим материалом, а также с основами научного стиля речи. Здесь

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

необходимо показать образцы научной речи из текстов научного характера (это могут быть учебники, учебные пособия, словари, справочники, научные статьи из профессиональных журналов, авторефераты и др.). Понятно, что для студента вуза (тем более только на первом курсе) это тяжёлая работа. Ведь научный текст насыщен научной терминологией. Преподавателю необходимо вместе со студентами анализировать научные тексты и делать выводы, учить их правильно, точно и последовательно излагать свои мысли и чувства. Поэтому проблема формирования творческих способностей студентов является приоритетным направлением в методике преподавания русского языка как иностранного.

ФОРМИРОВАНИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА

Мамаджанова М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Развитие творческого потенциала обучаемых можно отнести к одной из наиболее актуальных задач педагогики. Л.С. Выготский формулировал эту задачу так: «Жизнь – это система творчества, постоянного напряжения и преодоления, постоянного комбинирования и создания новых форм поведения». Важной педагогической задачей образовательной системы является поддержка и развитие интеллектуально-творческого потенциала учащихся, поскольку развитие и воспитание одаренных и талантливых учащихся решает насущную задачу формирования творческого потенциала общества, обеспечивает возможности интенсивного социального и научно-технического прогресса, дальнейшего развития культуры, всех областей производства и социальной жизни.

Подготовить будущих врачей-специалистов к развитию творческих способностей – это значит избежать трафаретности в их будущей самостоятельной деятельности, способствовать развитию собственной креативности учащихся.

Своевременное выявление и создание условий для стимулирования учащихся к различным видам деятельности, поддержка одаренных студентов являются важнейшей задачей. Чёткая и продуманная организация образовательного процесса оказывает на студентов существенное воспитательное влияние, способствует формированию творческого потенциала будущих специалистов.

Программы урочной и внеурочной работы отличаются высоким уровнем насыщенности содержания, изучением широких тем, межпредметной деятельности, качественным уровнем задач, позволяющих развивать творческое, критическое и логическое мышление.

Важным условием развития творческих способностей является содержание программного материала, демонстрирующего различные аспекты человеческой индивидуальности. В образовательный процесс включены диалогические, дискуссионные формы работы, технологии, содействующие раскрытию индивидуальности, формированию профессиональных навыков личности. Например, метод «МППО» помогает студентам аргументировать свою мысль, опираясь на собственные суждения. Дается тезис «Если бы не было выделительной системы». Студенты рассуждают над тезисом и приводят свои высказывания.

Процесс развития креативной личности учащегося невозможен без активного, нестандартно мыслящего педагога с развитым творческим потенциалом. Природная энергия студента, как правило, требует выхода, поэтому одна из задач педагогов – организовать творческую деятельность, которая будет способствовать развитию творческого

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

потенциала учащегося. Главным условием решения данной задачи является реализация педагогом собственного творческого потенциала, проявление творческой активности, т.е. демонстрация образца.

Развитие творческих качеств учащихся тесно связано с ростом и развитием творческих возможностей самого педагога. Именно учащиеся с высоким интеллектом и творческими способностями больше всего нуждаются в «своём» педагоге.

Деятельность педагога направлена на разработку гибких индивидуализированных программ, создание теплой, эмоционально-безопасной атмосферы в учебной группе, проявлении уважения к индивидуальности учащегося, поощрении творчества и работы воображения, стимулирование умственных процессов.

Уровень педагогической компетентности учителя в значительной мере определяет качество подготовки студентов - будущих врачей: мобильных, конкурентоспособных, готовых к эффективной работе, к спасению жизней.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ ВРАЧЕЙ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мамажанова М.М., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.,
Ходжихматова Р.Ю., Насирдинова М.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Медицинский персонал, который осуществляет лечебно-диагностический процесс, первым встречается с возбудителями самых различных инфекционных заболеваний. Поэтому всестороннее изучение особенностей вовлечения в эпидемический процесс медицинских работников, выявление механизмов и факторов передачи инфекций, разработка адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий является чрезвычайно важной задачей.

Цель исследования. В период интенсивного развития здравоохранения деятельность врачебного персонала многопрофильных клиник должна соответствовать современным требованиям, предъявляемым к качеству оказания медицинских услуг. Качество стационарной помощи в этом плане в значительной степени зависит от врачебного персонала, его уровня профессиональной компетентности, мотивации деятельности, удовлетворённости своим трудом.

Материалы и методы исследования. Нами использованы социально-гигиенические методы исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ. Проанализированы данные опроса 88 врачей многопрофильной клиники. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ и другие.

Результаты исследования. Гендерная характеристика врачебного персонала: мужчины-73,9%, женщины-26,1%. Большая часть персонала (72,7%) была в молодом и зрелом возрасте - от 25 до 49 лет, и лишь 27,3% от 50 до 60 лет и старше, значимых различий в зависимости от профиля отделения не выявлено. По месту работы в отделении в настоящее время врачи нами сгруппированы в 2 группы: хирурги и терапевты. В первую группу входили хирурги, урологи, проктологи, хирурги, работающие в гнойном отделении, нейрохирурги, вертебрологи, врачи отделения искусственная почка, врачи-реаниматологи, оториноларингологи, офтальмологи.

Основную массу составляют хирурги (78%).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

В определенных типах стационаров медперсонал подвергается высокому риску заражения различными инфекционными заболеваниями, в том числе гепатитом В и С, ВИЧ-инфекцией. Это отделения реанимации и гнойной хирургии, отделения ВИЧ-инфекции, гемодиализа, станции переливания крови и др. Правильная организация труда играет важную роль в выполнении профессиональных обязательств.

Согласно наших данных, больше половины врачей (62,6%) работает в бригаде, 31,8% - индивидуально и 5,6% - по другим формам организации труда.

На вопрос: «Как Вы думаете, с чем связано выявление инфекционных заболеваний в отделениях?» респонденты ответили следующим образом - 31,8% - неполный сбор эпиданамнеза медперсоналом, 27,3%- несколько перечисленных причин в совокупности, 20,4% - отсутствие экспресс методов лабораторной диагностики, 16,0% - безответственность медперсонала приёмного отделения и 4,5% - не знает.

Нами проведен анализ выполнения функций врачом персоналом, которые не входят в круг их прямых обязанностей. 62,5% респондентам приходится редко, 5,7%- постоянно, 2,3% - периодически выполнять функции не входящие в круг прямых обязанностей и 29,5%- не приходится выполнять. На основании этих данных можно заключить, что основной массе врачей (70,5%) приходится выполнять дополнительные работы, разница существенна ($P < 0,05$).

На вопрос: «В какой мере Вас удовлетворяют санитарно-гигиенические условия труда (шум, вентиляция, освещение, санитарное состояние)?» респонденты дали следующие ответы - вполне удовлетворяют - 47,7%, частично удовлетворяют - 44,4%, затруднились ответить - 4,5%, не удовлетворяют - 3,4%. Можно заключить, что основную массу медперсонала условия удовлетворяют (92,1%), разница существенна ($P < 0,01$).

Организация трудового процесса стационаров имеет ряд особенностей, связанных с применением высокотехнологичной медицинской аппаратуры, круглосуточным режимом работы и непосредственным контактом с лекарственными средствами, химическими веществами, инфекционными агентами. Согласно опроса респондентов, структура профессиональных вредностей, с которыми сталкивается врачебный персонал в отделении, такова: психоэмоциональные перегрузки - 50,0%, несколько факторов вместе - 19,3%, бактериологические вредности - 12,5%. воздействие химических (в основном дезинфицирующих) препаратов - 10,3%, физические перегрузки - 3,4% и нет - 4,5%. Т.е. врачи в 95,5% случаях сталкиваются с профессиональными вредностями, разница существенна ($P < 0,01$).

На вопрос: «Что Вы считаете первоочередным для повышения эффективности и улучшения качества противоэпидемической работы медперсонала?» респонденты ответили так: повышение обеспечения инструментарием, лекарствами (18,2%), улучшение технического оснащения рабочих мест, улучшение условий труда (17,2%), повышение оплаты труда и улучшение материального положения (11,3%), укрепление дисциплины (3,4%), улучшение взаимоотношений между медперсоналом, администрацией (1,1%), улучшение качества профессионального образования (1,1%), несколько вместе (46,6%), не знает (1,1%).

Выводы. Профилактика ВБИ - вопрос комплексный и многогранный. Каждое из направлений профилактики ВБИ предусматривает санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия для предотвращения того или иного пути передачи инфекционного агента внутри стационара.

Сознательное отношение и тщательное выполнение медицинским персоналом требований противоэпидемического режима предотвратит профессиональную заболеваемость сотрудников, что позволит в значительной степени снизить риск заболевания ВБИ. В каждом стационаре должна быть разработана собственная программа инфекционного контроля, а

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

также мероприятия по превенции профессиональной заболеваемости медицинских работников.

Оценка деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ необходима для определения потребности в обучении и профессиональном развитии, выявления возможностей повышения качества оказываемой помощи и успешной их реализации.

ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ - ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (ЗОЖ)

Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С., Мухитдинова Н.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Активным носителем ЗОЖ является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса. Здоровый образ жизни представляет собой систему жизненных ценностей направленных на то, чтобы вести активный образ жизни, правильно питаться и тем самым предотвращать заболевания и повышать естественную сопротивляемость организма.

Цель исследования. Существует целый ряд обстоятельств, общих для всех людей и построенных на базисных принципах организации и содержания ЗОЖ. В реализации ЗОЖ человек выступает в единстве своих биологического и социального начал. В основе формирования ЗОЖ лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей.

Материалы и методы исследования. ЗОЖ является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье. Итак, у каждого человека должна быть своя система здоровья как совокупность обстоятельств образа жизни, которые он реализует. Понятно, что для выработки «своей» системы человек перепробует различные средства и системы, анализирует их приемлемость для него и эффективность, отберет лучшее.

Результаты исследования. С учетом всех указанных предпосылок, которым должна соответствовать здоровая жизнедеятельность человека, можно сформулировать принципы организации и содержания ЗОЖ.

1. Принцип ответственности за свое здоровье: только разумное отношение к здоровью позволяет человеку на долгие годы сохранить бодрость, высокую работоспособность, социальную активность и достичь долголетия. И, разумеется, каждый человек должен понимать, что его здоровье — это спокойствие близких ему людей, жизнеспособность его будущих детей и сила страны. Только изо дня в день, поддерживая и укрепляя свое здоровье, отказываясь от вредящих здоровью соблазнов, человек может сохранить до глубокой старости ощущение счастья и высокую работоспособность.
2. Принцип комплексности: нельзя сохранять здоровье по частям. Здоровье означает согласованное действие всех систем организма и личности, так что изменение в любом из них обязательно скажется на здоровье в целом. Поэтому не стоит пренебрегать ни одной из «частей» единого здоровья. Чтобы обеспечить их гармоничное взаимодействие, необходимо уделять внимание всему комплексу обстоятельств, формирующих образ жизни данного человека. При этом тренироваться должны практически все функциональные системы: сердечно-сосудистая, иммунитет, пищеварительная, опорно-двигательная, дыхательная и другие.
3. Принцип индивидуализации обусловлен той предпосылкой, что каждый человек уникален как с точки зрения биологической (генотипической), так и психологической и

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

социальной. Поэтому у каждого должна быть своя программа ЗОЖ, в которой должны быть учтены соответствующие особенности. Учет социальных факторов предполагает, что этот человек, являясь членом общества, принадлежит к данной социальной группе, которая предъявляет ему определенные требования, но, с другой стороны, и сам человек имеет определенные социальные притязания. В таком случае в программе ЗОЖ должны найти место меры, оптимизирующие взаимоотношения человека с окружающими, помогающие предупредить нездоровые конфликты и вооружить его приемами выхода из конфликтов и пр. Учет семейно-бытового статуса человека определяется тем обстоятельством, что данный человек имеет в своей семье определенные права и обязанности, обусловленные сложившимися здесь взаимными отношениями, традициями и обычаями, включающими режим дня и питания, воспитание детей, распределение обязанностей и т.д. Поэтому задачей рациональной жизнедеятельности должны быть, с одной стороны, максимально полное обеспечение функций человека в семье как ребенка, супруга и родителя, а с другой — создание в самой семье условий, позволяющих человеку поддерживать высокий уровень здоровья. Учет уровня культуры человека предполагает, что организация его жизнедеятельности должна определяться его жизненными приоритетами, среди которых одно из основных — отношение к здоровью. В связи с этим особое значение приобретает воспитание культуры здоровья, здоровых потребностей и привитие навыков здорового образа жизни.

4. Принцип умеренности означает, что для тренировки функциональных систем должны использоваться умеренные нагрузки.

5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха. Как отмечал отечественный физиолог Н.Е. Введенский, «люди устают не потому, что работают много, а потому, что работают неправильно».

6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности. Так как принцип рационального чередования нагрузки и отдыха требует осознанного отношения человека к организации своего труда и отдыха, то, следовательно, надо научиться правильно работать и правильно отдыхать.

7. Принцип «сегодня и всю жизнь». Здоровье не дается человеку впрок, оно требует постоянных и упорных усилий. Известно, что достигнутые годами результаты в закаливании практически полностью исчезают уже через несколько месяцев после прекращения закалывающих процедур.

8. Принцип валеологического самообразования. Формирование здорового образа жизни имеет своей конечной целью совершенствование условий жизни и жизнедеятельности на основе валеологического обучения и воспитания, включающих изучение своего организма и своей личности, освоение гигиенических навыков, знание факторов риска и умение реализовать на практике весь комплекс средств и методов обеспечения ЗОЖ.

Выводы. Программа и организация ЗОЖ для данного человека должны определяться следующими основными посылками: индивидуально-типологическими наследственными факторами; объективными социальными и общественно-экономическими условиями; конкретными обстоятельствами жизнедеятельности, в которых осуществляется семейно-бытовая и профессиональная деятельность; личностно-мотивационными факторами, определяемыми мировоззрением и культурой человека и степенью их ориентации на здоровье и ЗОЖ.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА МУЖСКУЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ

Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Согласно современным представлениям, около 15% супружеских пар не могут добиться наступления беременности в течение года регулярной половой жизни без контрацепции и считаются бесплодными, при этом примерно в половине случаев зачатие не наступает в связи с мужским фактором. Начиная с декабря 2019 г. мир живет в условиях стремительного распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая к началу этого года охватила уже более 200 стран и территорий.

С первых дней начала борьбы с COVID-19 специалисты пытались систематизировать полученные ими наблюдения и сформулировать рекомендации для диагностики и лечения пациентов с этой болезнью, а также оценить влияние коронавирусной инфекции и сопровождающих ее распространение в организме патологических процессов на органы и системы организма.

Цель исследования – ретроспективный анализ литературных данных о влиянии COVID-19 на мужскую фертильность.

Материал и методы исследования. Сбор и ретроспективный анализ литературных данных о патологическом влиянии коронавирусной инфекции на органы и системы организма, в частности на мужскую фертильность.

Результаты исследования показали, что во всех изученных литературах о влиянии COVID-19 прослеживается уменьшение значения соотношения уровней тестостерона и лютеинизирующего гормона – параметра, указывающего на наличие тестикулярной недостаточности. Жалобы на боль в мошонке, а также ультразвуковые признаки орхита и эпидидимита нередко наблюдали у мужчин, направленных для лечения по поводу коронавирусной инфекции в стационар. Однако в пораженных яичках вирус не удалось обнаружить ни одной исследовательской группе, поэтому были сделаны выводы о том, что причиной их повреждения стали избыточная продукция цитокинов, тромбоз микрососудов и ишемия паренхимы. Вероятно, последующие наблюдения позволят сделать выводы о возможной роли SARS-CoV-2 в повреждении гемато-тестикулярного барьера и развитии иммунологического мужского бесплодия.

Вывод: Накопленные к настоящему времени сведения свидетельствуют о значительной вариабельности показателей эякулята после болезни: у мужчин, переболевших легко, они находились в границах референсных значений, а у пациентов с более тяжелым течением COVID-19, сопровождавшимся лихорадкой, впоследствии обнаруживали снижение концентрации, подвижности и числа имеющих нормальное строение сперматозоидов. СОЭ и повышение содержания креатинина плазмы

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ

Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

По мнению подавляющего большинства клиницистов наиболее частым заболеванием почек в старости является пиелонефрит. По частоте обнаружения, его клинической и практической значимости он считается основной проблемой гериатрической нефрологии.

Цель исследования – ретроспективный анализ историй болезней больных с хроническим пиелонефритом в возрасте от 60 лет и старше.

Материал и методы исследования: 105 историй болезни с диагнозом «Хронический пиелонефрит» больных в возрасте от 60 лет и старше, проходивших курс лечения в отделении урологии клиники АГМИ с 2016 по 2020 гг (мужчин - 40, женщин - 65). Всем больным выполнены: общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина и мочевины, рассчитана скорость клубочковой фильтрации (по формуле Кокрофта-Гальта), проведено ультразвуковое исследование почек.

Результаты исследований: В результате проведённого обследования выявлено: истинная бактериурия (более 100 тысяч микробных тел в 1 мл мочи) у подавляющего пациентов (90 больных). Этиологическим фактором у большинства больных явилась кишечная палочка. В общем анализе крови у 45 пациента обращала на себя внимание умеренная анемия (гемоглобин крови от 90 до 110 г/л). При биохимическом исследовании крови содержание креатинина в пределах нормы (80-105 мкмоль/л) выявлено у 100 пациента, умеренное повышение его (креатинин плазмы 110-131 мкмоль/л) – у 34 больных, у одного пациента выявлена терминальная почечная недостаточность (креатинин плазмы 704 мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 90 мл/мин выявлена у 85 больных, от 40 до 60 мл/мин у 20 больных и у одного пациента – менее 10 мл/мин. При УЗИ выявлены следующие изменения: уменьшение линейных размеров и объёма почки – у 89 больных, уменьшение толщины паренхимы – у 85 пациента, увеличение объёма почечного синуса – у 94 больных, неровность контуров почки – у 100 человек, повышенная эхогенность паренхимы в местах втяжений – у 80 больных.

Вывод: Результаты проведенного исследования указывают на наличие бессимптомных или малосимптомных форм хронического пиелонефрита у пациентов от 60 лет и старше: превалирование так называемой «бессимптомной бактериурии» в начале заболевания с преобладающей в качестве этиологически значимого возбудителя и уменьшение СКФ в сочетании с выявленными изменениями при УЗИ почек. Менее часто отмечаемые признаки заболевания – умеренная анемия, увеличение

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Хамраев О.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По данным литературы, у 5% пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, локализация конкремента приходится на мочевой пузырь. Проблема цистолитиаза у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы остаётся

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

актуальной и требует дальнейшего совершенствования подходов хирургического лечения.

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность перкутанной цистолитотрипсии с использованием различных видов энергии и установкой цистостомического катетера в сравнении с трансуретральной цистолитотрипсией.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 36 историй болезни пациентов в возрасте от 54 до 82 лет с конкрементами мочевого пузыря, которые были пролечены в урологическом отделении клиники АГМИ в 2019–2021 годах. Сформированы две группы: I группа — 16 (46,4%) пациентов, которым литотрипсия выполнена перкутанным доступом, II группа — 20 (53,6%) пациентов, которым литотрипсия осуществлена трансуретральным доступом. Проведена оценка длительности оперативного вмешательства, интра- и послеоперационных осложнений.

Результаты. В среднем продолжительность оперативного вмешательства при перкутанном доступе была меньше в сравнении с трансуретральной цистолитотрипсией (35 vs 44 минуты). Stone-free rate при перкутанном доступе составил 100%, при трансуретральном — 90%. В раннем послеоперационном периоде в I группе макрогематурия отмечена у 1 (6,25%) пациентов, во II группе эпизоды макрогематурии наблюдали у 2 (10%) пациентов. В позднем послеоперационном периоде у 1 пациента II группы была выявлена стриктура уретры.

Заключение. Перкутанная цистолитотрипсия является малоинвазивным методом дробления конкрементов с минимальным риском интра- и послеоперационных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОТЯЖЁННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Мамаризаев А.А., У.М., Ибрагимов Ф.А., Эргашев Б.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Стриктурная болезнь уретры является одной из наиболее актуальных проблем современной урологии. На сегодняшний день предложено большое количество методов лечения стриктур уретры. В данной работе представлен опыт хирургического лечения непротяжённых стриктур бульбозного отдела уретры.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с непротяжёнными стриктурами бульбозного отдела уретры.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов хирургического лечения непротяжённых бульбозных стриктур уретры у 25 больных. Лечение проводили с использованием различных методик: внутренняя оптическая уретротомия (ВОУТ), анастомотическая пластика уретры, пластика уретры без пересечения спонгиозного тела. Оценена эффективность применяемых методик. Для оценки качества жизни пациентов во всех случаях использовался стандартный опросник I-PSS (International Prostate Symptom Score), который заполнялся перед операцией и через 6 месяцев после оперативного лечения.

Результаты. Самой простой и быстрой в выполнении является методика ВОУТ, но имеет высокий уровень рецидивов — 76,47%. Количество рецидивов при открытых оперативных пособиях, таких как анастомотическая пластика уретры и пластика уретры без пересечения спонгиозного тела, не превысило 7,4% и 7,14% соответственно. Средний балл шкалы I-PSS у пациентов после ВОУТ, анастомотической пластики и пластики без пересечения спонгиозного тела до операции составил $20,65 \pm 0,62$, $21,52 \pm 0,64$ и $23,07 \pm 0,76$ баллов соответственно, а через 6 месяцев после оперативного лечения — $8,24 \pm 0,63$, $4,37 \pm 0,33$, $5,64 \pm 0,37$ балла.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Заключение. В настоящее время наиболее прогностически благоприятными методами хирургического лечения стриктурной болезни уретры являются анастомотическая пластика уретры и пластика уретры без пересечения спонгиозного тела.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Киста почки - это врождённое или приобретённое заболевание, при котором в структуре органа формируется округлое плотное образование с жидким содержимым. Чаще всего кисты почек протекают бессимптомно, до наступления осложнений или значительного увеличения в объёме. Самые частые осложнения кист почек: механическое сдавление объёмом кисты здоровых тканей почки, прилежащего сосудистого и нервного пучка, мочеточника с соответствующей стороны, определённого участка полости почки, почечная колика. Самые тяжёлые осложнения кист почек: нагноение кисты и её перерождение в раковую опухоль. Поэтому своевременное выявление и профилактика осложнений кист почек имеет немаловажное значение для здоровья пациента.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения кист почек путём применения оптимальных методов диагностики.

Материал и методы исследования. Проанализированы 100 пациентов с кистозными образованиями почек, разделённых на 4 основные категории по классификации (М.А. Bosniak). Изучены характеристики кист, полученные при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ).

Результаты исследования показали, что 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 кальциаты - у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 - лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем экзогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки - у 4, множественные кальциаты - у 4. В 8 случаях образования были доброкачественными, в 2 - злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперационном 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.

Вывод. Целесообразно использовать классификации кистозных образований почек по (М.А. Bosniak) и оптимально сочетать проведения ультразвуковых исследований и компьютерной томографии для диагностики и лечения.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРУД ОПЕРИРУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Ходжихматова Р.Ю.,
Насирдинова М.А., Хажиматов Р.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Врачи трудятся в условиях высокого профессионального риска, зачастую забывая о необходимости защиты от опасностей, с которыми связана их деятельность. Известно, что уровень заболеваемости работников здравоохранения превышает по большинству показателей заболеваемость других групп населения.

Цель исследования. Изучить некоторые вредные производственные факторы, влияющие на труд оперирующих врачей.

Материал и методы исследования. Нами изучена профессиональная деятельность хирургов и акушеров-гинекологов согласно литературных данных.

Результаты исследования. Операционные действия включают в себя диапазон от тончайших манипуляций под микроскопом до операций, требующих физических усилий (травматологические). Хирург должен уметь быстро принимать решения, быть последовательным в своих действиях, иметь чувство личной ответственности за жизнь и здоровье пациента. Часто работа хирурга укладывается в сжатые сроки, становится высокоинтенсивной. Утомление после операционного дня отмечают почти все хирурги, независимо от стажа и вида лечебного учреждения. Наибольшее утомление развивается после суточных дежурств. Среди заболеваний хирургов следует отметить гипертоническую болезнь, гипотензию, варикозное расширение вен нижних конечностей, плоскостопие. Так, гипертоническая болезнь регистрируется уже после первых 5 лет работы, к 10-12-му году профессиональной деятельности ее доля нарастает и составляет 24%. Гипотензия в начале работы учащается, а к 10-12-му году снижается до 2,7-6% в результате перехода гипотензии в гипертензию. Варикозное расширение вен нижних конечностей достигает максимума к 4-6 годам работы. В заболеваемости хирургов старшей возрастной группы (50 лет и старше) на первое место выходят хроническая ишемическая болезнь сердца и атеросклеротическое поражение сосудов мозга. Высокая нервно-эмоциональная и физическая нагрузка, повышенные концентрации анестетиков в воздухе операционной неблагоприятно влияют на овариально-менструальную функцию у женщин. У 21% женщин-хирургов отмечается нарушение менструального цикла и у 37% были нарушения течения беременности. Акушер-гинеколог пребывает в постоянной готовности к сложным ситуациям с высоким нервно-эмоциональным напряжением, обусловленным ответственностью за жизнь матери и ребенка, требует напряжения внимания, точной и тонкой координации сенсорных и моторных функций. 93,8% врачей отмечают большое эмоциональное напряжение, длительную статическую нагрузку. У 20% врачей ночной сон не снимал утомления после рабочего дня, у 67%- после суточных дежурств.

Выводы. Выполнение режима эмоциональной безопасности должно обеспечить психологический комфорт, как для пациентов, так и для медработников. Для снижения отрицательного влияния больничной среды на психику человека необходимо: поддерживать тишину, разговаривать негромко, используя только положительные интонации голоса; создавать доброжелательную атмосферу; заботиться об эстетике интерьера; оборудовать комнаты отдыха для персонала и пациентов; обеспечить организацию досуга пациентов с учетом их состояния и возможностей; максимально сократить отрицательные

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

эмоции; обеспечить психологическую поддержку при проведении манипуляций; обеспечить соблюдение режима дня отделения; рациональное заполнение палат; создание режима щажения для работников отделения (снижение перегрузок, рациональный график работы, рациональное распределение обязанностей, планирование сестринской помощи).

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С., Салиева М.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. На сегодняшний день актуальным является вопрос исследования профессионального здоровья преподавателей высшей школы. В связи с тем, что основой любого психологического исследования является анализ существующих теоретических концепций и подходов, первичным этапом изучения профессионального здоровья является рассмотрение методологических положений.

Профессия может, как положительно влиять на человека и его здоровье (профессиональное и личностное развитие, надежность труда, профессиональное долголетие), так и негативно (профессиональная дезадаптация, неэффективность труда, низкий уровень качества профессиональной жизни).

«Безопасных условий не существует, в каждой из них (из профессий), на вид очень благополучной, существуют факторы, наносящие вред здоровью, т.е. каждому роду занятий, профессии и специальности соответствует, во-первых, свой набор вредных факторов, специфической для данной области; во-вторых, свой состав, букет профессиональных заболеваний»

Цель исследования. В профессиональной деятельности сотрудников образовательной сферы существует немало факторов, влияющих на состояние здоровья. Высокие требования общества к личностно-профессиональным качествам преподавателей, недостаточное внимание государства к сохранению и поддержанию здоровья, низкая оценка обществом труда, необходимость постоянно совершенствовать уровень самообразования, вести научную, исследовательскую, проектную деятельность приводят к постоянному чувству усталости у учителей, преподавателей. Также отнесение труда педагогов к типу профессий «человек-человек» говорит о постоянных процессах коммуникации, чрезмерно высоких эмоциональных затратах, чувстве ответственности специалистов.

Материалы и методы исследования. Нами проведен теоретико-методологический анализ работ, отражающих состояние изученности проблемы сохранения и укрепления профессионального здоровья в педагогической деятельности. **Результаты исследования.** На сегодняшний день научные исследования по разработке данной темы активно ведутся во всех странах. Рассмотрим основные его результаты. Впервые проблему профессионального здоровья в педагогической деятельности обозначила Л.М. Митина [1998, 1999] в соавторстве с О.А. Анисимовой [2005]. Под профессиональным здоровьем учителя они понимают «способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, обеспечивающие работоспособность, эффективность и развитие его личности во всех условиях протекания профессиональной деятельности»

По словам авторов, необходимость изучения здоровья учителей обусловлена тем, что профессиональное развитие педагога напрямую связано с состоянием его здоровья: «факторами развития и профессионального долголетия учителя являются интегральные

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

характеристики его личности»: направленность, компетентность и гибкость; они рассматриваются авторами как факторы профессионального здоровья преподавателя. Исследователями отмечается, что психологический аспект рассмотрения профессионального здоровья предполагает учет такой его характеристики как многоуровневость. Авторы приходят к выводу о том, что для того, чтобы достичь гармонизации личности, профессионального развития педагога, улучшить его профессиональное здоровье, тем самым продлив его профессиональное долголетие, необходимы мероприятия, направленные на личностное развитие педагога, повышением профессионального самосознания личности. Чтобы быть здоровым, педагог должен чувствовать себя личностью, «хозяйном жизни, способным проектировать свое будущее» Одной из первых работ по изучению профессионального здоровья преподавателей высшей школы является работа З.Ф. Дудченко (2003). Профессиональное здоровье автором рассматривается с двух точек зрения: здоровье как отсутствие заболеваний и здоровье как уровень активности субъекта. В зависимости от выбранного подхода к профессиональному здоровью, считает автор, существуют и разные методы его поддержания (избегание риска или поддержание активности организма). З.Ф. Дудченко выделены две группы преподавателей в зависимости от психологического содержания их профессиональной деятельности: «когнитивные» (например, математики, преподаватели информатики и т.д.) и «коммуникативные» (преподаватели общемедицинских, психологических дисциплин, русского языка и др.). Большинство авторов отмечает необходимость профилактических мер по поддержанию профессионального здоровья учителей и педагогов. Ставится вопрос о важности разработки и реализации здоровьесберегающих технологий в педагогической деятельности

При этом здоровьесберегающая компетентность педагога определяется как «уровень сформированности в когнитивной, психоэмоциональной и деятельностной сфере учителя здоровьесберегающих образований», критериями сформированности которой выступают стремление к саморазвитию, саморегуляции, самоконтроль и осознание смысла жизни и деятельности.

Выделяется ряд основных моделей, которые могут быть использованы в сбережении и развитии профессионального здоровья (Кригер Е.Э., 2010): адаптационная (коррекция личностной дезадаптации), акмеологическая (запуск новых продуктивных механизмов, обеспечивающих формирование способности к собственному развитию, интересов быть здоровым) и культурологическая (формирование культуры профессионального здоровья).

Выводы. Продолжительное существование в подобных условиях, сопровождающееся интенсивными интеллектуальными, физическими напряжениями, отсутствием знаний здоровьесберегающих технологий, ценности здоровья приводят к риску возникновения эмоциональной неустойчивости, тревожности, апатии, соматических проблем, а впоследствии и к профессиональному выгоранию, неврозам, профессиональным деформациям и другим заболеваниям, проявляющимся как на психическом, так и на физическом уровнях.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОСЛЕ УРЕТРОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГНУТЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ

Наджимитдинов Я.С., Рахимджанов М.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Нередко после оперативных вмешательств на уретре по поводу аномалии, возникают сексуальные нарушения. Однако, после многоэтапной пластики уретры, по поводу гипоспадии выполненной в детском возрасте, нарушение эрекции выявляют чаще всего. До сих пор не единого мнения после, каких вмешательств, чаще всего больные страдают нарушением сексуального характера.

Цель исследования. Оценить сексуальную функцию после пластики уретры трубчатым островковым лоскутом из крайней плоти с одномоментным выпрямлением полового члена у пациентов с гипоспадией.

Материалы и методы исследования. Были обследованы пациенты в возрасте 18 лет и старше, которым в детском или взрослом возрасте выполнены оперативные вмешательства между январем 2021 и декабрем 2023 года по поводу стволовой формы гипоспадии, с искривлением полового члена. Средний возраст больных составил $21,5 \pm 2,7$ лет. Всем пациентам иссекали хорду и выполняли пластику уретры трубчатым островковым лоскутом из крайней по методике Hodson III-Asopa-Duckett. Сексуальную функцию и удовлетворенность половой жизнью оценивали, используя опросник «International Index of Erectile Function» (ИИЭФ-15) содержащий 15 пунктов.

Результаты исследования. Из 36 взрослых пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства, были обследованы 34 больных (94%). Из них 11 пациентов подвергнуты, каким либо повторным вмешательствам из-за различных осложнений. Средний период прошедший после последнего оперативного вмешательства составил $6,7 \pm 1,3$ лет (от 2,4 до 10,5 лет). Средний балл по шкале ИИЭФ-15 был $64,6 \pm 11,9$ у 34 сексуально активных пациентов (при максимальном количестве баллов равных 75). При этом эрекция была хорошей у всех пациентов (средняя сумма баллов составила $26,8 \pm 6,1$), однако в 7 (20,5%) случаях сохранилось незначительное искривление полового члена, которое не мешало выполнять половое сношение. Следует отметить, что все мужчины ощущали оргазм, тогда как у одного пациента не было эякуляции и у двух – они были редкими (средняя сумма баллов составила $8,9 \pm 1,8$). Из всех обследованных мужчин удовлетворенность половой жизнью была умеренной в 18 (52,9%) случаях и очень хорошей у 16 (47,1%) пациентов (средняя сумма баллов составила $8,3 \pm 1,9$). Несмотря на то, что у 11 из 34 пациентов были осложнения после первичной уретропластики, однако не было обнаружено значительной разницы в сумме баллов по шкале ИИЭФ-15 или удовлетворенности половой жизнью, по сравнению с теми пациентами, у которых не было каких либо осложнений. Также, при сравнении сексуальной функции пациентов, которые подверглись оперативному вмешательству в детском возрасте (до 15 лет) с мужчинами которым уретропластика выполнена в старшем возрасте не было выявлено значительной разницы в сумме баллов и удовлетворенности половой жизнью или обнаружены отклонения в других показателях половой функции. Хотя три пациента выражали смешанное чувство или неудовлетворенность внешним видом полового члена, однако они все были удовлетворены сексуальной жизнью. Более того, средняя сумма баллов по шкале ИИЭФ была почти идентичной у пациентов, которые были удовлетворены внешним видом полового члена ($64,1 \pm 14,5$) и теми, кто не был удовлетворен или имел смешанное чувство ($65,6 \pm 2,1$; $p=0,79$).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы. Сексуальная функция и удовлетворение от половых сношений у пациентов, оперированных по поводу гипоспадии в детском возрасте, сохраняется в должной мере. Следует указать, что после корригирующих операций выполненных по поводу гипоспадии в детском возрасте, даже при наличии осложнений после хирургических вмешательств, как правило, в дальнейшем (когда эти пациенты будут взрослыми), о чем необходимо информировать родителей, половые функции будут вполне удовлетворительными.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO.

Наджимитдинов Я.С., Ахмадалиев Т.
Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы. Наиболее распространенным методом лечения больных с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП) или золотым стандартом является трансуретральная резекция. Операция не сопровождается грозными осложнениями и очень редко наступает летальный исход. Тем не менее, после вмешательства могут быть осложнения, изучение и систематизация, которых позволяет снизить вероятность осложнений в дальнейшем.

Цель исследования. Изучить возможность применения модифицированной классификации Clavien-Dindo для оценки степени тяжести осложнений ТУРП при ДГП. Систематизация осложнений трансуретральной резекции простаты в соответствии с классификацией по Clavien-Dindo позволило бы объективно оценить качество данной операции, определить пути предупреждения развития осложнений и методы их устранения, что соответственно привело бы к уменьшению частоты развития осложнений.

Материал и методы исследования. За период с января 2021 г. по март 2022 г. были изучены результаты ТУРП, выполненные 110 больным ДГП. Средний возраст пациентов ($M \pm SD$) составил $67,6 \pm 7,8$ ($m=0,74$; $V=11,5\%$) лет. Среди них больных с цистостомическим дренажом было 45 (40,5%), медиана объема удаленной ткани ДГП была равна 42 (32,0-52,0) мл. За первый месяц наблюдения общее число осложнений составило 46 у 38 (34,5%) больных. Все осложнения были систематизированы по срокам, видам и частоте, далее оценены в соответствии с модифицированной классификацией Clavien-Dindo.

Результаты исследования. Наибольшее количество осложнений было отнесено к первой (27 из 46 осложнений; 58,7%) и второй (12 из 46 осложнений; 26,1%) степени тяжести. 6 осложнений были расценены как степень IIIb (13%). Из числа осложнений, расцененных как I степень, 13 (48,1%) проявились в виде симптоматической ИМТ без уросепсиса. Последние были ликвидированы введением антипиретиков и нестероидных противовоспалительных средств. В 6 (22,2%) случаях наблюдали незначительное кровотечение, которые разрешились неинвазивными методами лечения (усиление ирригации мочевого пузыря и др.) у постели больного. В 4 (14,8%) случаях имело место острая задержка мочи после удаления уретрального катетера, которая потребовала рекатетеризации и дальнейшего наблюдения. Также, в эту группу было включено 4 (14,8%) случая асимптоматической бактериурии, требующие лишь дальнейшего наблюдения. Среди 12 осложнений второй степени, в 2 (16,7%) случаях наблюдали симптоматическую ИМТ с признаками уросепсиса, потребовавшие усиленной инфузионной и антибактериальной терапии, в 6 (50%) случаях была проведена гемотрансфузия, в связи со значительной кровопотерей. Ассоциированных осложнений, в данной группе, было

4: 1 (25%) случай приступа стенокардии, 2 (50%) случая - тромбоза глубоких вен

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

нижних конечностей и, 1 (25%) случай - преходящего нарушения мозгового кровообращения. Эти осложнения были купированы введением соответствующей специфической терапии, и поэтому отнесены ко II степени тяжести. К III степени были отнесены 6 (13%) осложнений, все связанные с кровотечением, сопровождавшиеся тампонадой мочевого пузыря, и потребовавшие повторного вмешательства с применением анестезиологического пособия. Более высокая степень осложнений (IV или V) в нашем исследовании не наблюдалась, но в 1 (2,2%) случае имело место неполное опорожнение мочевого пузыря вследствие «слабости детрузора», которое было расценено как «несостоятельность лечения». Такие состояния, как слабая дизурия, дискомфорт, связанный с наличием мочевых дренажей и другие «легкие» нарушения, которые разрешались спонтанно, не были классифицированы как осложнения оперативного вмешательства.

Выводы. Модифицированная классификация Clavien-Dindo может быть использована для оценки степени тяжести осложнений ТУРП при ДГП.

ОЦЕНКА РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ КАК ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО МЕТОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Назаров Дж.А.¹, Мухтаров Ш.Т.¹, Акилов Ф.А.², Аюбов Б.А.¹, Бахадырханов М.М.¹, Нуриддинов Х.З.¹

¹ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии;

² Ташкентская медицинская академия

Введение. За последние три десятилетия лапароскопические, ретроперитонеоскопические и роботизированные процедуры стали все более распространенными в урологии. Однако, по-прежнему обсуждается, каковы относительные результаты таких методов по сравнению с открытыми вмешательствами.

Цель нашего исследования заключается в сравнении результатов ретроперитонеоскопической и открытой нефрэктомии при неонкологических заболеваниях почек.

Материалы и методы. Мы провели ретроспективный анализ данных 347 пациентов, которые проходили нефрэктомию с января по декабрь 2019 года, и разбили их на две группы в соответствии с методом операции. Первая группа состояла из 180 пациентов, прошедших ретроперитонеоскопическую нефрэктомию, а вторая группа - из 167 пациентов, которым проводили открытую нефрэктомию. Обе группы оценивались по результатам операций, а также по наличию и классификации послеоперационных осложнений.

Результаты. В группе пациентов, которым проводили ретроперитонеоскопическую нефрэктомию, объем интраоперационной кровопотери был в 10 раз меньше, медианная длина разреза - в 2,5 раза меньше; время, проведенное в больнице после операции, было короче, а дозы обезболивающих препаратов - меньше. В то же время, длительность операции была схожа в обеих группах. В группе пациентов, прошедших открытую нефрэктомию, 33 (19,7%) пациентов имели послеоперационные осложнения, включая нагноение раны, дисфункцию кишечника, инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения, и сепсис. В группе, которой проводили ретроперитонеоскопическую нефрэктомию, 16 (9,0%) пациентов также имели послеоперационные осложнения, но в гораздо меньшей степени и с меньшими серьезными осложнениями, такими как сепсис и полиорганная недостаточность.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Выводы. Полученные результаты указывают на то, что ретроперитонеоскопическая нефрэктомия достигает таких же успешных показателей, как при использовании открытого доступа через тораколумботомию, при этом частота послеоперационных осложнений заметно меньше. Эти данные говорят в пользу того, что ретроперитонеоскопическая нефрэктомия может стать альтернативой в лечении больных с неонкологическими заболеваниями почек, приводящими к нефункционированию органа.

НЕОТЛОЖНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ КАМНЕМ

Насиров Ф.Р., Шавахабов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии», Ташкент, Республика Узбекистан.

Ташкентский Государственный стоматологический медицинский институт

Введение. Камни верхних мочевых путей являются окклюзирующим фактором, повышают риск серьезных осложнений мочекаменной болезни, и диктует необходимость создания оттока мочи любым из существующих методов: катетеризацией почек мочеточниковым катетером, установкой катетера – “стента”, пункционной или открытой нефростомией. Последующие лечебные мероприятия обеспечивают разрушение камней или их удаление. Однако у некоторых больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем почки или мочеточника, эндоскопические операции можно произвести в один этап.

Цель. Оценить эффективность и безопасность тактики неотложной перкутанной нефролитотрипсии в лечении больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем.

Материал и методы. В период с января 2019 года по май 2022 года 65 больным применена тактика неотложной перкутанной нефролитотрипсии. Вмешательства выполняли, исключительно, пациентам с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной несложными камнями почки или мочеточника, у которых выделительная функция почки отсутствовала, но паренхима почки была сохранной (по данным внутривенной урографии), длительность обструкции не превышала 4 недель и отсутствовала инфекция мочевого тракта. Возраст пациентов колебался от 14 до 62 ($38,2 \pm 0,4$) лет. У 42 (64,6%) больных камни располагались в верхней трети мочеточника, у 23 (35,4%) пациентов - в лоханке почки. Размеры камней почек колебались от 1,2см до 2,4см ($1,8 \pm 0,6$ см), мочеточника - от 0,8 см до 1,2см ($1,0 \pm 0,5$ см).

Методика выполнения неотложной перкутанная нефролитотрипсия состояла из одномоментного удаления камня из почки или мочеточника и дренирования почки через нефростомический доступ.

Результаты лечения оценивали по полноте избавления от камней, продолжительности операции, длительности пребывания больного в стационаре, виду и частоте осложнений, в том числе катетер-ассоциированной инфекции, объему кровопотери, потребности в переливании крови и необходимости дополнительных вмешательств.

Результаты. Все больные были полностью избавлены от камней. Средняя продолжительность операций составила $47,3 \pm 6,7$ минуты. Среднее пребывание больного в стационаре составило $2,3 \pm 0,8$ койко-дня (диапазон от 1 до 4 дней). Частота

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

осложнений составила 4,6%, в виде пролонгированной гематурии, которая наблюдалась у 3 пациентов. Во всех случаях объем кровопотери составил не более 100 мл. Потребности в возмещении кровопотери и необходимости в дополнительных вмешательствах не было. Инфекционных осложнений не наблюдали. Необходимости в дополнительных вмешательствах не было.

Заключение. Неотложная перкутанная нефролитотрипсия является эффективным методом в лечении больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем, что позволяет полностью избавить пациента от камней, исключает необходимость в повторной анестезии и оперативного вмешательства, а также снижает риск развития катетер ассоциированной инфекции.

ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПОЧЕК

**Нишинов Ш.Ш., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Мультикистоз почки редкая аномалия - встречается у 1,1% больных с аномалиями почки, а у новорожденных — это наиболее частое кистозное заболевание почек. Чаще встречается у мальчиков и с левой стороны. Процесс чаще всего бывает односторонним, выражается в полном замещении почечной ткани кистами и облитерации мочеточника в прилоханочном отделе или отсутствием его дистальной части. Опухолевидное образование имеет неровную поверхность, пальпируется в боковом отделе живота. Подобная поверхность обусловлена наличием прозрачных кист разных размеров, по виду очень напоминающих гроздь винограда. При макроскопическом исследовании видны множественные несообщающиеся между собой кисты различных размеров. В центре этой почки расположен небольшой участок, состоящий из примитивных перерожденных элементов. Поскольку они некоторое время продуцируют мочу, то она скапливается в канальцах, растягивая последние с образованием кист. Содержимое их — фильтрат ранее функционирующих клубочков.

У 25% пациентов с мультикистозной дисплазией почки отмечают аномалии строения контрлатеральной почки. Обычно анатомическое и функциональное состояние контрлатеральной почки оценивали по данным УЗИ. В последнее время для оценки анатомии и функции почки используется МРТ.

Цель исследования. Сравнительный анализ контрлатеральной почки при мультикистозной дисплазии почек.

Материал и методы исследования. Мы сравнили результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) в оценке контрлатеральной почки у пациентов с мультикистозной дисплазией почки, а также описали частоту выявленных аномалий. Были проанализированы анатомические данные МРТ и сравнили их с УЗИ почек, также оценивали дополнительные данные, которые были получены при помощи МРТ.

Результаты исследования показали, что данные 58 пациентов с односторонним мультикистозом, которым была выполнена МРТ, из них 54 также выполнялось УЗИ. Из всех пациентов у 19 (32.8%) были аномалии контрлатеральной почки. Различия в данных МРТ и УЗИ были отмечены у 9 пациентов (16.7%). Из них только у 1 пациента по данным УЗИ была абсолютно нормальная контрлатеральная почка. Частота и различные виды аномалии паренхимы были шире, чем сообщалось ранее.

Выводы: Аномалии контрлатеральной почки у больных с мультикистозом почки встречаются чаще и более точно определяются по данным МРТ, чем по УЗИ. УЗИ

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

остаётся наиболее приемлемым способом диагностики при необходимости функционального исследования либо для подтверждения диагноза мультикистоза, или же при подозрении на аномалии контралатеральной почки.

ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Нишонов Ш.Ш., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Причиной гидронефротической трансформации почки, в большинстве случаев, является обструкция в верхних мочевых путях (ВМП). Её прогрессирование неизбежно приводит к необратимому снижению функции почки. Близкое анатомическое расположение тазового отдела мочеточника к органам малого таза объясняет частое вовлечение ВМП в патологический процесс при опухолях матки, предстательной железы, мочевого пузыря и кишечника ещё до наступления клинической манифестации опухоли. Иногда единственной возможностью, позволяющей продлить жизнь больному, являются различные методы дренирования ВМП. В настоящее время основным, экстренным и наиболее эффективным лечением обструкции верхних мочевых путей является чрезкожная пункционная нефростомия.

Цель исследования. Определить показания к лечебно-диагностической чрезкожной пункционной нефростомии при обструктивных процессах в верхних мочевых путях.

Материал и методы. Проведен клинический анализ 76 больных с уретерогидронефрозом (УГН), обусловленным: новообразованиями матки – 51, мочевого пузыря – 9, предстательной железы – 8, прямой и сигмовидной кишки – 5, а также ятрогенной травмой мочеточника – 3 больных. Возраст пациентов от 21 до 78 лет (средний $47 \pm 4,6$ лет). Односторонний УГН – 42, двусторонний – 14 больных. Хроническая почечная недостаточность выявлена у 19 больных. Из них у 12 пациентов дренирование ВМП выполнено по жизненным показаниям. Функциональную способность почки после нефростомии изучали по клиренсу эндогенного креатинина. Мониторинг наблюдения больных после ЧПНС составил от 2-х недель до 15 мес (в среднем $6,8$ месяца).

Результаты исследования. Осложнения ЧПНС: профузное кровотечение из нефростомического дренажа – 4 (7,1%), паранефральная гематома – 2 (3,5%), лихорадка – 6 (10,7%) случаев. Замена нефростомического дренажа по причине его неудовлетворительной проходимости выполнена у 4-х больных, в 2-х случаях произведена ренефростомия. Функциональные показатели паренхимы почки (клубочковая фильтрация (КФ), суточный диурез и т.д.) напрямую зависели от толщины паренхимы, а не от линейных размеров почки до дренирования. Средние показатели КФ при толщине паренхимы менее 5мм = $9,4 \pm 0,63$ мл/мин, при 5 -10 мм = $19,8 \pm 2,87$, а более 10мм = $34,5 \pm 4,25$. Из 19 больных с ХПН у 13 показатели креатинемии через 2 недели нормализовались. У 8-ми пациентов в последующем выполнены оперативные вмешательства, которые позволили восстановить пассаж мочи, сохранить функцию почки и избавиться от нефростомы.

Выводы: 1. Толщина паренхимы является одним из основных сонографических критериев оценки функциональной способности почки.

2. При толщине паренхимы менее $5 \pm 0,15$ мм дренирование почки нецелесообразно, кроме случаев двусторонней патологии.

3. Обструктивный уретерогидронефроз, осложнённый острым пиелонефритом является абсолютным показанием к выполнению дренирования верхних мочевых путей.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК

Нишонов Ш.Ш., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Киста почки - это врождённое или приобретённое заболевание, при котором в структуре органа формируется округлое плотное образование с жидким содержимым. Чаще всего кисты почек протекают бессимптомно, до наступления осложнений или значительного увеличения в объёме. Самые частые осложнения кист почек: механическое сдавление объёмом кисты здоровых тканей почки, прилежащего сосудистого и нервного пучка, мочеточника с соответствующей стороны, определённого участка полости почки, почечная колика. Самые тяжёлые осложнения кист почек: нагноение кисты и её перерождение в раковую опухоль. Поэтому своевременное выявление и профилактика осложнений кист почек имеет немаловажное значение для здоровья пациента.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения кист почек путём применения оптимальных методов диагностики.

Материал и методы исследования. Проанализированы 100 пациентов с кистозными образованиями почек, разделённых на 4 основные категории по классификации (M.A.Bosniak). Изучены характеристики кист, полученные при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ).

Результаты исследования показали, что 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 кальцилаты - у 3. Все кисты были доброкачественными, 7 пациентам предложено динамическое наблюдение, 8 - лечебные пункции. Кистовидные образования 3 категории выявлены у 10 пациентов, причем экзогенная стенка кисты у 2, множественные перегородки - у 4, множественные кальцилаты - у 4. В 8 случаях образования и были доброкачественными, в 2 - злокачественными. Прооперированы 6 больных, из 2 выполнены сегментарные резекции при интраоперационном 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.

Вывод. Целесообразно использовать классификации кистозных образований почек по (M.A.Bosniak) и оптимально сочетать проведения ультразвуковых исследований и компьютерной томографии для диагностики и лечения.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ПЕРКУТАННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ КИСТ.

Отажанов О.Р.

Ташкентская Медицинская Академия, Ургенчский филиал

В связи с внедрением в урологическую практику методов чрескожных вмешательств под УЗС контролем, возникла альтернатива оперативному лечению почечных кист. Чрескожная склеротерапия солитарных кист почек является простым и экономически выгодным способом лечения больных данной патологией. Проведен анализ лечения 67 больных с простыми кистами почек. Размеры кист колебались от 3 см (15 мл) до 10 см (520 мл). Перкутанная склеротерапия была выполнена 51 (76,1 %) больному и 15 (23,9 %) пациентам было произведено чрескожное дренирование кист. Результаты лечения оценивались при выписке из стационара и контрольное УЗС выполнялось через 3 и 6 мес. Сроки пребывания больных в стационаре в среднем составили 1,3 койко-дня при склеротерапии и 3, 8 койко-дня при чрескожном дренировании кист.

Техника манипуляции заключилась в следующем: под УЗ контролем иглу калибром 20-22 G вводят таким образом, чтобы расстояние от кожи до центра кисты было минимальным. При кистах, расположенных по передней поверхности почки, доступ выполнялся через паренхиму почки, избегая повреждения ЧЛС. Содержимое кист аспирировали. Аспират подвергался цитологическому и бактериологическому исследованию. Далее выполнялась кистография с целью определения наличия сообщения с ЧЛС. При отсутствии таковой проводилась склеротерапия 96% спиртом. Количество введенного спирта составляло от 3 до 20 мл. Экспозиция спирта составила 10 мин. Склеротерапия выполнялись больным, размер кист которых не превышал 8 см (270 мл). При наличии кист, размерами более 8 см и при наличии нагноения кисты предпочтение отдавалось перкутанному дренированию кисты трубкой типа *rigid* 8-9 CH. Дренаж удаляли после прекращения отделения кистозной жидкости и проведения склеротерапии.

Результаты. При выписке больного и через 6 месяцев после чрескожной склеротерапии полная ликвидация отмечена у 10 (19,6%) больных, уменьшение объема кисты на 80% - 23 (45%): Уменьшение объема кисты не менее 50% отмечено у 15 (29,4%) больных. У 3(6%) больных уменьшения объема кисты не произошло.

У пациентов, которым производилось чрескожное дренирование кист, полная ликвидация последних отмечена у 10 (66,7%) больных, уменьшение объема кист на 80% - у 3 (20%) пациентов и у 2 (13,3%) произошло уменьшение объема кисты не менее 50%. Отрицательных результатов не отмечено. После вмешательства у 4 (5,9%) больных имела место умеренная гематурия, ликвидированная консервативными мероприятиями. В группе пациентов, которым произведено дренирование, у 2 (13,3%) больных отмечена атака пиелонефрита, подтвержденная бактериологическим исследованием аспириата. Необходимость цитологического исследования диктуется тем, что у 1 больного при исследовании кистозной жидкости выявлено наличие опухолевых клеток. Этому больному в дальнейшем произведена нефрэктомия.

Выводы. Таким образом эти два метода лечения простых почечных кист являются малоинвазивными, эффективными и экономически выгодными.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Отажонов О.Р.

Ташкентская Медицинская Академия, Ургенчский филиал

Для хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) предложено множество способов. По нашему мнению, наиболее целесообразным является использование хирургом в своей практике всех известных методов операций с целенаправленным отбором больных каждого из них.

Факторами, определяющими показания и противопоказания к различным методам оперативного лечения являются: функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей: размер и форма роста аденомы: конституционные особенности больного, тяжесть общего состояния больного и наличия интеркуррентных заболеваний.

С помощью трансректальной сонографии определяется размеры, вес, форма роста ДГПЖ и количество остаточной мочи, исследуется функциональное состояние почек, выполняются основные уродинамические исследования, тяжесть симптомов заболевания определена по шкале IPSS.

Выбор оперативного вмешательства осуществляется исходя из следующих принципов.

1. ТУР простаты – масса аденомы до 60 мл, функция мочевого пузыря не нарушена, отсутствуют изменения верхних мочевых путей.
2. Чреспузырная аденомэктомия одномоментная или в 2 этапа – больные с ДГПЖ 3 стадии с любой формой роста, нарушением функции мочевого пузыря, ретенцией верхних мочевых путей, почечной недостаточностью, камни, дивертикулы, опухоли мочевого пузыря.

С 2015 по 2021 гг. в Хорезмском филиале Республиканском Специализированном Научно Практическом Центре Урологии находилось на лечении 274 больных с ДГПЖ в возрасте от 55 до 84 лет. Традиционному оперативному лечению подверглось 256 больных. Из них 24 больным произведена 2-х этапное аденомэктомия простаты, 232 больным – одномоментное аденомэктомия простаты. Из 256 оперированных больных 58 больным гемостаз осуществлена катетером Фоли с установлением надлобкового дренажа, остальным 198 больным произведена глухое ушивание мочевого пузыря по методу профессора Ткачука В.Н., после предварительной остановки кровотечения временным тампонированием ложи простаты. Дренирования мочевого пузыря у этих больных произведена двумя силиконовыми дренажами, введенный через уретру и фиксированный в переднюю брюшную стенку в виде «поплавок».

Результаты. При наблюдении в послеоперационном периоде среднее пребывания больного на стационаре у больных с катетером Фоли 10-12 дней, у больных с глухим ушиванием мочевого пузыря 7-9 дней.

Ранние п/о осложнения в виде кровотечения из ложи простаты наблюдалось у 3 больных с катетером Фоли, у 5 больных с глухим ушиванием мочевого пузыря. Повторных операций не произведено, т.к. кровотечения остановилось после применения гемостатиков (Тренакса, АКК, дицинон и др.). Расхождение раны наблюдалось у 2 больных с глухим ушиванием мочевого пузыря, у 3 больных с катетером Фоли и наличием надлобкового дренажа, у этих пациентов рана зажила вторично.

Выводы. При оказании хирургической помощи больным с ДГПЖ за последние 6 лет, мы благодаря применению метода аденомэктомии, разработанный профессором В.Н.Ткачуком, сократили сроки лечения больных (от 10-12 к/д до 7-9 к/д), снизили расходы

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

на медикаментозы и снижения послеоперационных осложнений, значительно улучшили качество жизни пациентов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В УРОЛОГИИ

Рустамов У.М., Саидкомолов Р.Ф., Сайфетдинов С.С., Тоиров О.
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.

Материал 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 состояние 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 улучшения состояния 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.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ

Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э., Сайфетдинов С.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить морфологические изменения мочеточника при его частичной обструкции.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Материал 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.

Вывод: метод продольного растяжения мочеточника является эффективным способом для выполнения реконструктивных операций, устраняющих проблему дефицита его длины при частичной его обструкции.

НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Рустамов У.М., Садикова Д.И., Шадманов М.А., Хамраев О.А., Бобоев Р.А.
АГМИ кафедра урологии, Андижан

Цель: Своевременная диагностика и квалифицированная экстренная помощь при травматических повреждениях наружных половых органов у мужчин.

Материал 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.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

У 9 больных с перекрутом яичка выявлено - омертвление 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.

Вывод: В результате своевременной диагностики и оказания квалифицированной экстренной хирургической помощи, у всех больных восстановлена трудоспособность, сохранена репродуктивная функция.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА

Садикова Д.И., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования - сравнительная характеристика результатов диагностики и лечения нефролитиаза

Материал и методы исследования. В период с 2014 до 2022 гг. нами проанализированы результаты диагностики и лечения 1250 больных, обратившихся в клинику АГМИ с диагнозом нефролитиаз. Возраст пациентов от 18 до 84 лет — в среднем 48,8 лет. Мужчин – 745, женщин – 505. Всем пациентам после поступления в клинику проведено комплексное обследование. В программу обследования входили в основном: клинический анализ крови и мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, УЗИ, рентгенография (обзорная и экскреторная урография) и радиоизотопные исследования (радиоизотопная ренография и реносцинтиграфия) почек и мочевыводящих путей. Среди больных МКБ камни почки диагностированы у 429 (34,3%), камни мочеточника - у 810 (64,8%) и у 11 (0,9%) камни мочевого пузыря. У 1174(93,9%) больных рентгенологически выявлены конкременты почек и мочевыводящих путей: у 267 - больных односторонние камни почек (в том числе кораллоподобные камни - 12), у 743–камни мочеточников (верхняя треть - 382 (51,4%) , средняя треть – 132 (17,8%), нижняя треть - 229 (30,8%)), камень мочевого пузыря – у 11. Двухсторонние камни почек выявлены у 136 (11,6%) (в том числе кораллоподобные камни - 8), двухсторонние камни мочеточников - у 9 (0,8%), комбинация нефролитиаза и уретеролитиаза (камни почки и мочеточника одновременно) выявлены у 84 (6,7%) больных. Тактика лечения больных была разделена на 4 группы. I. Первую группу составили 264(21,1%) больных, которым проводилась консервативная терапия (размеры конкремента до 6-7мм). II. Во вторую группу вошли 583 (46,6%) больных, которым выполнена дистанционная литотрипсия (ДЛТ) как монотерапия. III. Третью группу составили 311 (24,9%) больных, которым выполнено эндоскопическое удаление камня (контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция, перкутанная нефролитолапаксия). IV. В четвертую группу вошли 92 (7,4%) больных, которым выполнена уретеро-; или пиело-; -литотомия.

Результаты исследования: Полученные результаты - самостоятельное отхождение камней в результате консервативного лечения уролитиаза отмечено у 231 (87,5%) больных, сроком от 3 до 21дня. Проанализированы результаты ДЛТ у 583 (46,64%) больных, из них 538 (92,3%) пациентам литотрипсия проводилась как первичный метод лечения, а 45 (7,7%)

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

больным, после неудовлетворительных результатов консервативной камнеизгоняющей терапии.

Результаты эндоскопического удаления камней (контактная уретеролитотрипсия и уретеролитоэкстракция, перкутанная нефролитолапаксия) проанализированы у 311 (24,9%) больных. Положительные результаты достигнуты у 278 (89,4%) больных: из них 147 (52,8%) пациентам выполнена контактная литотрипсия с последующей экстракцией фрагментов камня и в 102 (36,6%) случаях произведена уретероскопия с литоэкстракцией без контактного дробления. Перкутанная нефролитолапаксия, которая выполнена 18 (6,5%) пациентам из 311 человек, показала эффективность у 15 (83,3%) человек. Хирургическое лечение нефролитиаза проводилось 92 (7,4%) больным. Уретеролитотомия у 32 больных и пиелолитотомия - 60. Все пациенты, которые подверглись открытому оперативному лечению, были в основном с активным пиелонефритом, стриктурами мочеточника ниже камня и сужением лоханочно-мочеточникового сегмента. В результате открытых операций камни удалены у всех больных и при необходимости произведены реконструктивные операции. Послеоперационный период у 84 (91,3%) больных протекал без осложнений. Средняя продолжительность пребывания в стационаре оперированных больных с нефролитиазом составила $17,2 \pm 2,6$ дня.

На основании проведенного нами ретроспективного анализа можно предлагать следующую тактику диагностики и лечебных мероприятия больных нефролитиазом:

- Из диагностических методик наиболее важными являются: клинико- биохимические анализы крови и мочи, рентгенография (обзорная и экскреторная урография), радиоизотопные исследования (радиоизотопная ренография и реносцинтиграфия), ультразвуковое исследование.
- Из лечебных процедур наиболее эффективным является следующая тактика: - у больных нефроуретеролитиазом при размерах камня < 7 мм и отсутствии активного воспалительного процесса лечение следует начинать с консервативной камнеизгоняющей терапии, - у больных с камнями размером > 7 мм, локализованными в почках, верхней или нижней трети мочеточника, лечение рекомендовано начинать с ДЛТ.

Вывод. При неэффективности ДЛТ или наличии «каменной дорожки» после ДЛТ показано эндоскопическое лечение - уретероскопия с контактной уретеролитотрипсией или литоэкстракцией. У больных с камнями почек размерами $> 2,0$ см (включая коралловидные камни) рекомендована перкутанная нефролитолапаксия. При необходимости реконструктивно-пластических операций почек и мочевыводящих путей и в случае гнойного обтурационного пиелонефрита у больных нефролитиазом показано оперативное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА

Садикова Д.И., Усманова Ф.Т., Юсуфалиева Г.М.
Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский медицинский техникум имени Абу Али Ибн Сино

Цель исследования – выбрать методы рационального обследования больных с хроническим циститом.

Материал и методы: Ретроспективный анализ историй болезни больных, проходивших стационарное лечение с 2016 по 2021 годы в отделении урологии клиники АГМИ. Всего 130 женщин с предварительными диагнозами: хронический цистит, цисталгия, уретральный синдром, уретрит, интерстициальный цистит. Обследование включало следующие пункты: нозологическая форма заболевания, тяжесть течения заболевания, анамнестические данные, общие клинические анализы крови и мочи, БАК посев мочи, по показаниям -

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

консультация гинеколога (микроскопия мазков из уретры, влагалища и шейки матки, ПЦР диагностика на инфекции, передаваемые половым путем), УЗИ почек и мочевого пузыря. Для оценки выраженности дизурии и болевого синдрома были использованы дневники мочеиспусканий.

Результаты. На основании комплексного обследования, учитывая наличие признаков инфекции мочевых путей выделено 3 группы:

1. Пациентки с инфекцией мочевых путей, т.е. с рецидивирующим бактериальным циститом и в том числе с инфекциями передаваемыми половым путем – 52 (40%)
2. Пациентки с дизурией в постменопаузе, без лабораторного подтверждения инфекции мочевых путей- 23(18%).
3. Пациентки с абактериальными формами хронического цистита- 55(42%).

Несмотря на различный возраст пациенток в 3-х группах наблюдения и наличие или отсутствие бактериальной инфекции мочевых путей, внутриклеточных возбудителей инфекций, передающихся половым путем - все пациентки имели довольно выраженную схожую клиническую симптоматику, с частыми рецидивами заболевания и низким качеством жизни. Все пациентки имели достаточно длительный опыт лечения по поводу своего заболевания, без удовлетворительного эффекта. Лечение заключалось в применении antimicrobных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов, антидепрессантов, седативных препаратов, ингибиторов холинэстеразы, альфа 1 адреноблокаторов, антигистаминных средств и т.д. Кроме системной фармакотерапии, им производили внутрипузырные инстилляции различных веществ, таких как, колларгол, протаргол, облепиховое масло, антибиотики, местные анестетики. Так же, в лечении наших пациенток применялись различные физиотерапевтические методики.

Все эти методики, безусловно, позволяли купировать рецидивы заболевания, снижать выраженность клинической симптоматики и, в какой-то мере, повышать качество жизни пациенток, но лишь на определённый промежуток времени.

Выводы:

1. Больные, страдающие хроническим, длительно текущим, рецидивирующим циститом, не поддающимся эффективному лечению с помощью стандартной фармакотерапии, должны подвергаться комплексному урологическому обследованию.
2. Такое обследование обязательно должно включать в себя цистоскопию с биопсией мочевого пузыря, а также морфологическое и иммуногистохимическое изучение полученных микропрепаратов.

ПИЕЛОНЕФРИТ В ГЕРИАТРИИ

Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.М.

**Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский медицинский техникум имени Абу Али Ибн Сина**

По мнению подавляющего большинства клиницистов наиболее частым заболеванием почек в старости является пиелонефрит. По частоте обнаружения, его клинической и практической значимости он считается основной проблемой гериатрической нефрологии.

Цель исследования – ретроспективный анализ историй болезней больных с хроническим пиелонефритом в возрасте от 60 лет и старше.

Материал и методы исследования: 105 историй болезни с диагнозом «Хронический пиелонефрит» больных в возрасте от 60 лет и старше, проходивших

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

курс лечения в отделении урологии клиники АГМИ с 2016 по 2020 гг (мужчин - 40, женщин - 65). Всем больным выполнены: общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением уровня креатинина и мочевины, рассчитана скорость клубочковой фильтрации (по формуле Кокрофта-Гальта), проведено ультразвуковое исследование почек.

Результаты исследований: В результате проведенного обследования выявлено: истинная бактериурия (более 100 тысяч микробных тел в 1 мл мочи) у подавляющего пациентов (90 больных). Этиологическим фактором у большинства больных явилась кишечная палочка. В общем анализе крови у 45 пациента обращала на себя внимание умеренная анемия (гемоглобин крови от 90 до 110 г/л). При биохимическом исследовании крови содержание креатинина в пределах нормы (80-105 мкмоль/л) выявлено у 100 пациента, умеренное повышение его (креатинин плазмы 110-131 мкмоль/л) – у 34 больных, у одного пациента выявлена терминальная почечная недостаточность (креатинин плазмы 704 мкмоль/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 90 мл/мин выявлена у 85 больных, от 40 до 60 мл/мин у 20 больных и у одного пациента – менее 10 мл/мин. При УЗИ выявлены следующие изменения: уменьшение линейных размеров и объема почки – у 89 больных, уменьшение толщины паренхимы – у 85 пациента, увеличение объема почечного синуса – у 94 больных, неровность контуров почки – у 100 человек, повышенная эхогенность паренхимы в местах втяжений – у 80 больных.

Вывод: Результаты проведенного исследования указывают на наличие бессимптомных или малосимптомных форм хронического пиелонефрита у пациентов от 60 лет и старше: превалирование так называемой «бессимптомной бактериурии» в начале заболевания с преобладающей в качестве этиологически значимого возбудителя и уменьшение СКФ в сочетании с выявленными изменениями при УЗИ почек. Менее часто отмечаемые признаки заболевания – умеренная анемия, увеличение СОЭ и повышение содержания креатинина плазмы.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М., Хужамбердиев У.Э.
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/м² 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

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

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.

Вывод: Достоверной разницы между количеством осложнений перкутанной нефролитотрипсии в различных положениях нами не получено. Эффективность перкутанной нефролитотрипсии в обеих группах была практически одинаковой.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АДЕКВАТНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ОБЩЕЙ И РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ИНТРО И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Садикова М.А

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. При некоторых обстоятельствах, характерных для оперированных пожилого и старческого возраста значительно повышается риск осложнений анестезии, который даже может превышать анестезиологический риск самой операции. В первые сутки после операции пациенты испытывают интенсивный болевой синдром, сопровождающийся эмоциональным дискомфортом, гемодинамическими и респираторными нарушениями. В связи с этим адекватность раннего послеоперационного обезболивания связывают со снижением общего числа осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Цель: Сравнить состояния гемодинамики и адекватность аналгезии при общей и регионарной анестезии в интро и постоперационном периоде при урологических операциях для выбора оптимального метода анестезии.

Материал и методы. Исследования выполнялись у 101 больного, находившихся в отделении урологии. Больным проводились урологические операции в области таза. Среди оперированных преобладали лица пожилого и старческого возраста (от 61 года до 78 лет – 54,9%, возрастная группа от 36 до 60 лет составила 40,7%). Пациенты молодого возраста (от 21 года до 35 лет) встречались всего в 4,4% случаев от общего числа. Большинство пациентов имели сопутствующую соматическую патологию. Наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: ИБС (18), атеросклеротический кардиосклероз, постинфарктный кардиосклероз (8), нарушения ритма у 13 больных, гипертоническая болезнь у 45 больных. 17 человек страдали хроническими обструктивными заболеваниями легких. Все пациенты в предоперационном периоде были обследованы и условно разделены на 2 группы.

Пациентам 1-й группы (56 больных) оперативное вмешательство было выполнено в условиях субарахноидальной анестезии. Люмбальную пункцию выполняли на уровне

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

L_{III} - L_{IV} иглой "Portex" G-22-25. Интратекально использовали 0,5% бупивакаин спинальный — 3—4 мл (15—20 мг). Адекватный спинальный блок развивался через 5—8 мин. С целью обезболивания в послеоперационном периоде применяли методики парентерального введения наркотических анальгетиков в комбинации с НПВС, антигистаминными, седативными препаратами (2% промедол — 1 мл (20 мг), кеторол — 30 мг, 1% димедрол — 1 мл (10 мг), седуксен — 10 мг).

В 2-ю группу (45 больных) вошли пациенты, оперированные в условиях спинальной анестезии, - бупивакаин в сочетании с гидрохлоридом морфина в дозе 0,07-0,08 мг, (наркотический анальгетик с целью потенцирования анальгетического эффекта местного анестетика).

При необходимости и потребности в дополнительных средствах для обезболивания использовали препараты для седации у пациентов (1—2-я группы). Адекватность интраоперационной анестезии оценивали с помощью комплекса клинических критериев и мониторинга систолического (АДсис), диастолического (АДдиаст), среднего (АДср) артериального давления, по изменению частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульсоксиметрия (SpO₂), термометрии.

Все больные после операции поступали в отделение послеоперационной реанимации и находились под динамическим мониторингом. Оценку состояния больных об интенсивности послеоперационной боли в динамике судили по шкале вербальных оценок (ШВО): 0 — боли нет; 1 — слабая боль при движении, в покое отсутствует; 2 балла — умеренная боль при движениях, слабая в покое; 3 балла — сильная боль при движении, умеренная в покое; 4 балла — нестерпимая боль.

Все вышеперечисленные показатели фиксировались накануне операции (I этап), во время анестезии (II этап), в начале операции (III этап), во время выполнения основного этапа операции (IV этап), по окончании операции (V этап).

Результаты исследований и их обсуждение. У всех больных 1-й группы на всех этапах операции сохранялся адекватный сенсорно-моторный блок, не требовавший дополнительного введения анальгетиков. Гемодинамические показатели были достаточно стабильными, дыхательных нарушений не наблюдалось. С целью обеспечения комфорта проводили седацию дормикомом, общий расход которого не превышал 5 мг за операцию. Интраоперационный период протекал при относительно стабильных показателях гемодинамики, но так же, как и в других группах, наблюдались значимое снижение показателей артериального давления и урежение частоты сердечных сокращений и брадикардия. Анальгезия при применении субарахноидальной анестезии на всех этапах операции была достаточной, но после операции болевой синдром у больных этой группы был выраженным. Лечение осуществлялось наркотическими и ненаркотическими анальгетиками в общепринятых дозах. Обеспечить адекватную послеоперационную анальгезию было достаточно сложно.

Пациентам 2-й группы проводили спинальную анестезию лидокаином в сочетании с гидрохлоридом морфина в дозе 0,07-0,08 мг (наркотический анальгетик с целью потенцирования анальгетического эффекта местного анестетика). При этом спинальный компонент предназначался для интраоперационного периода, а наркотический анальгетик - для послеоперационной анальгезии. Гемодинамические показатели также характеризовались снижением АД и ЧСС, оставаясь стабильными в течение всей операции. Стабильность гемодинамических показателей позволила снизить объем интраоперационной инфузионной терапии, исключить из ее состава коллоиды.

Наиболее адекватным методом послеоперационного обезболивания зарекомендовал себя метод, использованный у пациентов 4-й группы. Однократное введение

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

бупивакаина в сочетании с морфином (0,07-0,08 мг) обеспечивало быстро развивающуюся, адекватную, продолжительную 24-72ч. анальгезию без угнетения гемодинамики. Дыхание и SpO₂ были адекватными, пациенты пребывали в поверхностной седации (уровень II), в состоянии эмоционального покоя и комфорта.

Заключение

На основании проведенного сравнительного анализа мы полагаем, что методом выбора анестезиологического пособия при урологических операциях является спинальная анестезия бупивакаин в сочетании с гидрохлоридом морфина в дозе 0,07-0,08 мг, которая обеспечивает хорошую анальгезию и стабильность гемодинамики при адекватном самостоятельном дыхании больного во время операции за счет субарахноидального компонента, а также стабильное течение раннего послеоперационного периода с адекватным анальгетическим компонентом за счет местного анестетика в комбинации с наркотическим.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Саидахмедов А.С., Наджимитдинов Я.С., Абдукаримов О.О.
Ташкентская медицинская академия,

Актуальность проблемы. Эндоурологические операции, на сегодняшний день, являются самыми распространенными вмешательствами при мочекаменной болезни. Учитывая их безопасность и высокую эффективность, операции начали широко применять при лечении детей с нефролитиазом. Однако после вмешательства, не часто, могут быть различные осложнения в том числе обострение инфекции мочевого тракта.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения нозокомиальной инфекции после перкутанной нефролитотомии в зависимости от сроков дренирования почки.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения пациентов в возрасте от 5 до 18 лет, которым в период с января 2021 по декабрь 2022 года (13 мальчиков и 10 девочек), выполнена чрескожная нефролитотомия (ЧКНЛТ) в связи с мочекаменной болезнью. Все пациенты не получали антибактериальные препараты в течение последних двух месяцев. Как правило, повышение количества лейкоцитов и бактерий в осадке выделенной самостоятельно пациентом мочи наблюдалось у всех детей. При бактериологическом исследовании мочи, во всех случаях, обнаружили рост микрофлоры, наиболее часто высеваемым микроорганизмом являлась *Escherichia Coli* (у 21 пациента). У одного ребенка наблюдался рост *Escherichia Coli* и *Klebsiella pneumoniae*. Чувствительность всех микроорганизмов, при исследовании с использованием антибактериальных дисков, за редким исключением, имелаась ко всем антибактериальным препаратам. Перед оперативным вмешательством всем больным, в соответствии с результатами бактериологического исследования мочи, проведена антибактериальная терапия, с последующим, повторным исследованием уровня лейкоцитов и посева на среду через 48 часов. ЧКНЛТ выполняли при кратном снижении количества лейкоцитов в моче и отсутствии роста микроорганизмов.

Результаты исследования. Повышение количества лейкоцитов в образце мочи полученной из дренажа наблюдали во всех случаях. Из 14 больных, которым нефростомический дренаж удален на 2-3 день, только у 5 был отмечен рост микрофлоры идентичной полученным результатам культурального исследования проведенного до операции (*Escherichia Coli*). Однако в тех случаях (9 пациентов), когда по каким-либо причинам

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

(повышение температуры тела, наличие резидуальных камней в чашечках почки или отсутствие проходимости мочеточника по данным антеградной пиелографии) нефростомический дренаж был удален спустя 6-7 суток, при наличии лейкоцитурии и бактериурии, у 7 больных наблюдали рост микрофлоры. При этом возбудителями заболевания у 4 детей была *Klebsiella pneumoniae*, в трех случаях - *Pseudomonas aeruginosa*. Высокая чувствительность микроорганизмов имелась, как правило, к цефалоспорином третьей генерации или антипсевдомонадным антибиотикам. Повторное культуральное исследование мочи, при обнаружении бактерий в осадке и проведении антибактериального лечения в соответствии с результатами посева (использовали максимальную терапевтическую дозу), после избавления пациента от нефростомического дренажа, показало отсутствие роста микроорганизмов у 5 детей. Только у одного пациента, проведение непрерывного курса антимикробной терапии в течение одного месяца, позволило избавиться его от инфекции мочевого тракта.

Выводы. Таким образом, применение антибактериальных препаратов не всегда оказывается эффективным для предупреждения возникновения нозокомиальной инфекции при длительном нахождении дренажа в полостях почки. Применение антибиотиков строго по результатам бактериологического исследования мочи, непосредственно перед оперативным вмешательством, должно быть продолжено и в послеоперационном периоде, сокращение времени дренирования, позволяет предотвратить или приостановить возникновение госпитальной инфекции.

КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ У ДЕТЕЙ

Саидахмедов А.С., Косимов О.И., Наджимитдинов Я.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии»

Актуальность проблемы. Нередко после эндоскопических операций выполненных по поводу камней мочевого тракта наблюдают обострение инфекции мочевого тракта. Для эффективного лечения в подобных случаях следует иметь информацию о характере и чувствительности возбудителя. Поэтому целью исследования явилось- оценить частоту обострения хронического пиелонефрита, разнообразие возбудителя инфекции мочевого тракта и значение антибактериальной терапии у пациентов детского возраста, которые была подвергнуты перкутанной нефролитотомии (ПKNЛТ).

Цель исследования. Оценить значение микробиологического исследования мочи выполненной до операции, в ходе вмешательства и в период повышения температуры тела при выполнении ПKNЛТ у детей.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно оценены результаты лечения 46 пациентов в возрасте от 4 до 16 лет, которым выполнена ПKNЛТ в период с 2019 по 2021 годы. Бактериологическому исследованию подвергли мочу выделенную больным самостоятельно до операции, полученную во время пункции чашечки в ходе ПKNЛТ и производили забор мочи из нефростомического дренажа в послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Повышение температуры тела, причиной которой было обострение пиелонефрита, наблюдали у 12 (35%) детей. По данным бактериологического исследования у 8 из них микроорганизм был идентифицирован только из мочи полученной при пункции чашечки во время операции. Тогда как моча, полученная до операции, была стерильной. В 5 случаях, микроорганизмы обнаруженные до и в ходе операции

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

были различными. Сепсис осложнил течение послеоперационного периода только у одного пациента. Усиление антибактериальной терапии и коррекция ее, учитывая результаты бактериологического исследования, позволило купировать острое воспаление в почке и избежать каких либо дополнительных манипуляций. В 34 (90%) случаях не было гипертермии после выполненной ПКНЛТ. У этих пациентов не обнаружено роста микрофлоры в моче, полученной перед операцией и во время операции. Прирост лейкоцитов в моче, полученной из нефростомического дренажа, обнаружен в 28 случаях, однако бактериологическое ее исследование было «отрицательным». Тогда как, у трех из этих детей был выявлен возбудитель инфекции из фрагментов камня.

Выводы. Повышение температуры тела, вследствие обострения инфекции мочевого тракта являются наиболее часто наблюдаемым осложнением после ПКНЛТ, однако сепсис в подобных случаях наблюдается редко. Применение антибиотиков в соответствии с результатами бактериологического исследования мочи, и проведение интенсивной терапии позволяет добиться ликвидации обострения пиелонефрита. Более того, результаты микробиологического исследования мочи выполненной до операции, в ходе вмешательства и в период повышения температуры тела имеют особое значение для решения вопроса выбора антибактериального препарата.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сайфетдинов С.С., Тожидинов М.А., Кучкаров Ж.Ф., Абдулазизов С.А.
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра хирургии и урологии

По результатам многочисленных исследований известно, что стабильный клинически значимый эффект лечения α 1-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 α -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 α 1-адреноблокаторами и исключения пациентов с неудовлетворительным прогнозом.

Цель исследования: прогнозирование отдалённых результатов применения тамсулозина у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материал 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%).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Хотя и имеются незначительные отличия в эффективности основных $\alpha 1$ -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 $\alpha 1$ -адреноблокаторами. Предложенный тест может иметь значение при решении вопроса о выборе метода лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Вывод: 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.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ

Сайфетдинов С.С., Тожибоев Т., Фархадов М.У., Каримов М.О.
Андижанский Государственный медицинский институт

Поликистоз почек – это наследственное заболевание, для которого характерна аутосомно-доминантная передача. Актуальность проблемы аутосомно-доминантного поликистоза почек обусловлена особенностями развития и роста кист, неспособностью существующих методов лечения предотвратить нарастание размеров кист и почек, прогрессирующее нарушение функции почек.

Цель исследования: установить роль ультразвукового исследования (УЗИ) при диагностике поликистоза почек.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезней 94 больных, которым было проведено УЗИ по поводу урологических и неврологических заболеваний органов брюшной полости. При этом обнаружены полостные образования почек и направлены на стационарное лечение в отделении урологии клиники АндГосМИ с 2015 по 2021 гг.

Результаты исследования. При ретроспективном анализе историй болезни пациенты были распределены на 4 группы:

1 группа – первичная обращаемость, отсутствие клинических симптомов, отсутствие патологических изменений в лабораторных данных, диагноз установлен на основании профилактического осмотра на УЗИ.

2 группа – первичная обращаемость, отсутствие явных клинических проявлений поликистоза, небольшие изменения в лабораторных анализах, диагноз установлен с помощью УЗИ.

3 группа – повторная обращаемость по поводу поликистоза, имеется генеологический анамнез, отсутствие осложнений данного заболевания.

4 группа – повторная обращаемость по поводу поликистоза, наличие осложнений данного заболевания.

В 1-2 группах отсутствие осложнений, малые размеры кист были показанием к проведению консервативного лечения в течение 5 дней. В 3-4 группах наличие сопутствующих заболеваний, генеологический анамнез, неоднократное стационарное лечение у данных больных отразилось в длительности срока стационарного лечения 10-12 дней.

Вывод: малоинвазивный метод диагностического исследования – УЗИ помог выявить заболевание поликистоза на ранних бессимптомных этапах в 1 и 2 группах

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

пациентов, которые своевременно были направлены на стационарное лечение. Это предотвратило запущение заболевания и переход в осложненные этапы течения поликистоза. Своевременное установление диагноза, своевременное лечение и наблюдение данного заболевания сократили сроки реабилитации.

МЕТАФИЛАКТИКА УРОЛИТИАЗА

Сайфетдинов С.С., Садикова Д.И., Нишонов Ш.Ш.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования – профилактический и метафилактический подход к лечению мочекаменной болезни.

Материал и методы исследования. Ретроспективный анализ историй болезней под более 2000 больных с оксалатным уролитиазом, проходивших курс лечения в урологическом отделении клиники АндГосМИ с 2015-2021 годы.

Результаты исследования: Больным оксалатным уролитиазом разрешается пить фруктовые соки без ограничения, за исключением черносмородинового, который окисляет мочу. Отклонение pH мочи в нейтральную сторону, которое может быть вызвано цитрусовыми, не опасно так как при этом снижается риск не только кристаллизации оксалата кальция, но и мочевой кислоты, проявляющей себя при этом как гетерогенное ядро оксалатного камнеобразования.

При оценке качества минеральных вод, равно как и водопроводной воды обращали внимание на содержание в них кальция. Исследования показали высокую эффективность минеральной воды «Бешарик» (источник в Ферганской области) которая обладает не только диуретическим действием, но и снимает экскрецию оксалата с мочой.

Среди коренных жителей Узбекистана чай является основным напитком, покрывающим потребности организма в жидкости. В тоже время чай содержит достаточно большое количество оксалата и для уменьшения суточной нагрузки алиментарным оксалатом, потребление чая должно быть ограничено.

Для уменьшения всасывания кальция в кишечнике применяют балластные пищевые продукты, состоящие из отрубей пшеницы, сои и солода (фарнолит) и другие, которые связывают кальций, редуцируя его всасывание.

Вывод: Больным оксалатным уролитиазом необходимо медикаментозное лечение, предусматривающее следующие цели:

1. Нормализация экскреции оксалатов.
2. Коррекция pH мочи (6,4 - 6,8).
3. Противовоспалительные, мочегонные и спазматические препараты.
4. При вторичном инфицировании – антибактериальные препараты в соответствии с результатами бактериологического исследования.

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Минаваров А.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Кариозная болезнь является самым распространенным заболеванием среди взрослого населения. По данным ВОЗ заболеваемость кариесом

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

зубов в разных странах и среди разного контингента колеблется от 80 % до 98 %. Одной из важнейших стратегий в сохранении здоровья полости рта является правильное питание: необходимо придерживаться особой стоматологической диеты.

Цель исследования. Эти заболевания нередко являются причиной потери зубов, в том числе у лиц молодого возраста, приводящей к стойким морфофункциональным изменениям в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющим на деятельность органов пищеварительной системы, нарушающей эстетику лица, жевания и речь.

Материалы и методы исследования. Нами проведён анализ наиболее важных продуктов питания, имеющих значения для профилактики кариеса и заболеваний полости рта. Дана характеристика нутриентного состава этих пищевых продуктов.

Результаты исследования. Главное требование – ограничение частоты потребления углеводов. Количество приемов пищи не должно превышать 5–6 раз в день, включая 3 основных приема пищи и 2 перекуса. Наиболее важные вещества для здоровья ваших зубов и десен это – белки, кальций, фосфор, цинк, антиоксиданты, витамины А, В, С, D, омега-3 жирные кислоты. Молочные продукты без добавления сахара способны укреплять зубы. Например, кальций, содержащийся в сыре, делает зубы более крепкими. В то же время сыр нейтрализует pH ротовой полости, что является профилактикой развития кариеса. Молоко и йогурты обеспечивают организм фосфатами, и витамином D, которые особенно необходимы для лучшего усвоения кальция в организме человека.

Многие сорта орехов (арахис, миндаль кешью, лесной орех) обеспечивают зубы кальцием, витамином D, витамином B6, железом и цинком, что особенно важно для укрепления зубов. Наибольшее количество кальция, необходимого для восстановления минеральной структуры эмали зубов, содержится в миндале и бразильских орехах.

Твердые сорта фруктов и овощей. Данную группу продуктов питания еще называют «стоматологическими детергентами». Во-первых, они стимулируют слюноотделение, снижающее количество бактерий в ротовой полости. Во-вторых, они обладают так называемым эффектом скраба для зубов, обеспечивая тем самым дополнительное очищение зубов от остатков пищи.

Клубника и киви содержат наивысшую концентрацию витамина С, необходимого для здоровья ваших десен. Именно витамин С является одним из самых важных веществ для сохранения структуры коллагеновых волокон ваших десен. Зеленый и черный чай содержат такие вещества как полифенолы, которые препятствуют отложению зубного налета на зубах. В свою очередь полифенолы снижают активность кариесогенных бактерий. Катехины, содержащиеся в зеленом чае, сохраняют ваши десны здоровыми.

Вода. Вода обеспечивает ополаскивание полости рта от остатков пищи и сладких напитков. Фторированная вода способствует дополнительному укреплению эмали зубов.

Наиболее опасными для здоровья зубов являются: конфеты и шоколад (особенно жевательные конфеты), сухофрукты, пища с большим содержанием углеводов, газированные сладкие напитки, алкогольные напитки, цитрусовые соки и напитки.

Использование фторидов. В качестве носителя добавок фторидов всему населению рекомендуется пищевая йодированно-фторированная соль, которую следует добавлять к пище в процессе ее приготовления. Фторид содержащие зубные пасты рекомендуются для постоянного ежедневного двукратного применения при чистке зубов всему населению (с возрастными ограничениями по концентрации и расходу пасты для детей).

Выводы. Необходимо посещать стоматолога не менее одного раза в год. Лечение кариеса зубов на ранних стадиях безболезненно и наиболее эффективно, в то время как в

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

запущенных случаях зуб нередко приходится удалять. Соблюдение этих простых правил поможет сохранить зубы здоровыми.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Халмирзаева С.С., Усманова Г.К. Мирмухаммедов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Охрана и укрепление физического и психического здоровья семьи, формирование здорового образа жизни являются основой государственной политики Узбекистана.

Государственной программой реформирования системы здравоохранения определены: приоритет профилактического здравоохранения, широкая популяризация здорового образа жизни, рационального питания, занятий физической культурой и спортом. Дальнейшее развитие этого направления предусмотрено Указом Президента Республики Узбекистан: «...организация проведения профилактической работы по повышению медицинской культуры в семье, пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ)» признана важнейшим направлением деятельности территориальных органов управления здравоохранением. Утверждена Программа мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности работы по укреплению репродуктивного здоровья, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на последующие годы.

Для улучшения потенциала здоровья и качества жизни должен быть улучшен доступ к необходимым предпосылкам для здоровья – образованию, здоровому образу жизни, основывающийся на эффективной способности и умении справляться с трудностями, должен быть сделан упор на качество жизни при оказании первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи.

Врач является пропагандистом здорового образа жизни, от его уровня знаний и умений зависит во многом отношение к здоровью населения. Уровень гигиенических знаний студентов медицинского института имеет большое значение в дальнейшей практической деятельности врача. Эти знания сыграют существенную роль в профилактической деятельности среди населения.

Цель исследования- изучить уровень знаний в вопросах здорового образа жизни у студенческой молодёжи.

Материалы и методы исследования. Нами анкетированы студенты медицинского института. Анализ показал, что первые гигиенические знания респонденты почерпнули в основном от родителей – 91,1%, 5,4% - из литературы и телевидения и 3,5% - от взрослых, разница статистически существенно ($P < 0,05$).

Результаты исследования. Знания о поведении, культуре, этике респонденты получили в основном от отцов – 41,0%, 21,4% - от матерей, от обоих родителей – 16,1%, от взрослых – 10,9%, в школе – 8,8%, от друзей – 1,8%. Многие студенты (97%) отмечают, что учась в ВУЗе к этим знаниям добавились еще, т.е. институт оказал положительное влияние на их поведение и мораль.

На вопрос откуда респонденты почерпнули знания о контрацепции, 37,5% ответили – у преподавателей ВУЗа, на 2-ом месте – из литературы и телевидения (23,2%), на 3-ем месте – у друзей, 5,4% - у взрослых, одинаково часто у родителей и школьных учителей (по 3,4%).

Необходимо отметить, что 16,4% этих знаний не имеет.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

78,6% респондентов считает, что кормить грудью ребенка надо от 1,5 до 3 лет, 14,3% считает – до 4 лет, до 1 года считает – 5,4% и не знает – 1,5%.

В воспитании ребенка ведущую роль играет мать, так считают большинство респондентов – 42,9%, на 2-ом ответ – родители (23,2%), далее – отец (10,7%), взрослые – 5,4%, воспитатели яслей-садов – 34%, школьные учителя- 1,5% и все вместе взятые – 12,9%.

Выводы. Исследования показали, что студенческая молодёжь обладает недостаточными знания о репродуктивном здоровье. Для того, чтобы молодёжь обладала лучшими жизненными навыками и возможностями сделать здоровый выбор, необходимо проводить всеобъемлющую пропаганду здорового образа жизни.

Данные исследования показывают, что опыт, приобретаемый в семье, ДОУ, школе, связанный с охраной здоровья, играет немаловажную роль в том, чтобы молодые люди получали правильную информацию и формировали свои возможности и навыки по преодолению проблем, стоящими перед ними. Пропаганда здорового образа жизни будет эффективнее, если будет сочетаться в равной степени с психологическим, социальным и информационным обслуживанием. Особенно большую работу надо проводить в детском и подростковом возрасте, которые являются стадиями жизни, имеющими наивысший потенциал для интеллектуального и физического развития, в течении которых формируются пожизненные социальные навыки, включая навыки, связанные со здоровьем.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Ахмадходжаева М.М., Арабов Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В условиях социально-экономических преобразований, в период интенсивного развития здравоохранения деятельность врачебного персонала многопрофильных стационаров должна соответствовать меняющимся требованиям, предъявляемым к качеству оказания медицинской помощи, организации работы персонала. В значительной мере качество стационарной помощи в этом плане зависит от медицинских кадров, повышения уровня профессиональной компетентности, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом, трудового настроя в коллективе.

Цель исследования. Нами использованы социально-гигиенические методы исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ. С этой целью было проведено анкетирование врачей многопрофильной клиники.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные опроса 88 врачей. Врачам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности по профилактике ВБИ и другие. Анкета содержала 60 вопросов.

Результаты исследования. Гендерная характеристика врачебного персонала: мужчины-73,9%, женщины-26,1% большая часть персонала (72,7%) была в молодом и зрелом возрасте, т.е. от 25 до 49 лет, и лишь 27,3% от 50 до 60 лет и старше, значимых различий в зависимости от профиля отделения не выявлено.

По месту работы в отделении в настоящее время врачи нами сгруппированы в 2 группы: хирурги и терапевты. В первую группу входили хирурги, урологи, проктологи, хирурги, работающие в гнойном отделении, нейрохирурги, вертебрологи, врачи отделения

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

искусственная почка, врачи-реаниматологи, оториноларингологи, офтальмологи. Основную массу составляют хирурги (78%). Весь врачебный персонал закончил Андиганский государственный медицинский институт.

Из приведенных данных видно, что половина (50,0%) обследованных закончила институт в 1980-1999 годы, 31,8% - в 2000-2010 гг., в 2011-2015 гг. - 12,5% и 5,7% - в 1969-1979 гг., т.е. 81,8% закончили институт в 1980-2010 гг.

По общемедицинскому стажу работы распределение респондентов таково: у 12,5% врачей стаж до 3 лет, от 3 до 5 лет - 5,7%, от 5 до 10 лет - 26,1%, от 10 до 15 лет - 6,8% и свыше 15 лет - 48,9%. Можно заключить, что в исследуемом стационаре стаж врачебного персонала чаще встречается свыше 15 лет (48,9%), разница существенна ($P < 0,05$).

Стаж работы врачей в данном ЛПУ выявил, что половина врачей работала 15 лет и более, 5-9 лет - 17,1%, 1 - 4 года - 15,9%, 10-14 лет - 10,2%, до 1 года - 6,8%. Значит, основная масса врачей (60,2%) работала 10 лет и более, разница существенна ($P < 0,05$).

Квалификационная категория способствует профессиональному совершенствованию и росту компетенции врачей, что в определенной степени влияет на качество медицинской помощи. 11,1% имеют первую, 19,3% - вторую, 37,8% - высшую и 31,8% - не имеют категорию. Можно отметить, что 68,2% персонала имеет категорию ($P < 0,05$).

На вопрос: «Когда последний раз Вы прошли ФПК?» ответы были следующие: в этом году - 32,9%, 1 год назад - 21,6%, 2 года назад - 22,7%, 3 года назад и более - 13,7%, не проходили - 9,1%. На основании данных можно заключить, что основная масса респондентов прошла ФПК (90,9%), разница существенна ($P < 0,01$).

На вопрос: «Соответствует ли нынешняя профессия полученному Вами профессиональному образованию?», основная масса респондентов (95,2%) ответила, что соответствует полностью, 2,6% - частично, не соответствует и затруднились ответить в равном количестве (по 1,1%), разница статистически существенна ($P < 0,01$).

Согласно опроса, около половины врачей (46,6%) перенесли простуду, 33,0% - грипп, 5,7% - ангину, 3,1% - гепатит, 3,7% - другие инфекционные болезни и 7,9% - ничем не болели. Значит, основная масса (92,1%) перенесла ОРВИ, разница статистически существенна ($P < 0,01$). 80,3% обследованных врачей в год от 1 до 3 раз переносят грипп, ОРВИ, ангину и др. болезни и лишь 19,7% - не болеют, разница существенна ($P < 0,05$).

У врачей наблюдается низкая медицинская активность: больше половины (52,9%) не обращаются к врачу, т.е. занимаются самолечением и переносят заболевания «на ногах», 36,3% - берет больничный лист и лишь 11,4% отмечают, что у них не было такого состояния, чтобы брать бюллетень.

На вопрос: «Как Вы оцениваете своё состояние здоровья по 5ти балльной шкале?» медперсонал ответил следующим образом: оценку «5» дали - 45,5%, «4» - 37,5%, «3» - 4,5%, «2» - 9,1%, «1» - 3,4%.

Согласно этих данных можно сделать вывод, что оценку своему здоровью «5» и «4» балла дала основная масса обследованных (83%), «3» - 4,5% и неудовлетворительное («2» и «1») - 12,5%, разница статистически существенна ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты анкетирования показали, что среди медперсонала доминируют лица в молодом и зрелом возрасте, т.е. от 25 до 49 лет. Изучение производственно-профессиональных параметров сотрудников больницы свидетельствует о том, что половина имеет длительный производственный стаж: свыше 15 лет. Анализ состояния здоровья медработников по материалам субъективной оценки их заболеваемости показал, что основная масса персонала перенесла ОРВИ, хотя оценку своему здоровью «5» и «4» балла дала основная масса обследованных. Низкая медицинская активность исследуемого контингента

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

проявляется и в приверженности к самолечению. Низкая обращаемость медработников в медицинские учреждения с одной стороны может быть связана с легким течением некоторых заболеваний, с другой стороны является свидетельством несознательного отношения к своему здоровью.

ОВОЩИ В ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ РЕБЁНКА

Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Мадаминова Д.С., Салиева М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Для того, чтобы дети выросли здоровыми, одна из первостепенных задач – здоровое питание. Получаемое ребенком питание должно не только покрывать расходующую энергию, но и обеспечить материал, необходимый для роста и развития организма. Пища, которую употребляет ребенок, должна быть полезной, разнообразной и вкусной. Для растущего детского организма вреден, как недокорм, так и перекорм.

Цель исследования. Нами изучено значение овощей и зелени в питания детей.

Материалы и методы исследования. Согласно гигиенических нормативов, в течении дня ребенка пищу распределяют примерно так: 35 – 40% - приходится на обед, 10 – 15% - на полдник и 25% - на завтрак и ужин. Ребенок – существо социальное. Потребности и интересы всегда связаны со взрослыми. Образец отношения к приему пищи, вкусовым предпочтениям, которые дает семья, обладают огромной силой.

Для ребенка наиболее близким человеком, образцом для подражания всегда выступает мать, на втором месте – отец. Поэтому влияния матери и отца на воспитание вкусовых ощущений, вкусовых привычек, как в сторону позитива (полезные продукты), так и негатива (вредные продукты, вредные пристрастия), намного превосходит влияние других взрослых – бабушек, дедушек, воспитателей.

Результаты исследования. В питании ребёнка важное значение играет свежая зелень. Зелень – это витаминное богатство. Зелень стимулирует работу кишечника и нормализует процессы обмена в организме. Главное свойство зелени - она содержит антиоксиданты, которые выводят из организма тяжелые металлы и радиоактивные вещества. Рецепт здоровья очень прост: в любое приготовленное блюдо необходимо добавлять свежую зелень. Наиболее полезны темно-зеленые и желто-красные овощи, оранжево-желтые фрукты и темно-красные ягоды. Более половины дневной нормы фруктов и ягод и треть нормы овощей рекомендуют съедать в свежем виде, т.к. при термической обработке многие витамины и биологически активные вещества разрушаются. При длительном нагревании нитраты переходят в нитриты. Ежедневная норма здорового питания составляет 400-500г. овощей и фруктов. В рационе питания важное место принадлежит зерновым продуктам (это мука и хлебобулочные изделия, макароны и мучные изделия- блины, оладьи, пирожки, крупы и блюда из них – каши, запеканки, пудинги). Укроп обладает мочегонным, отхаркивающим действием. Полезен при нервной возбудимости и бессоннице. Снимает процессы брожения в кишечнике и спазмы. Петрушка тонизирует организм, способствует кислородному обмену, укрепляет капилляры и артерии, улучшает сердечную деятельность, помогает при камнях в почках, мочевом пузыре, сохраняет зрение. Базилик улучшает пищеварение, возбуждает аппетит .обладает мочегонным и дезинфицирующим действием, укрепляет нервную систему. Зеленый лук губительно действует на болезнетворные микробы, обладает желчегонным действием, предотвращает образование камней. Полезен при заболевании крови ,для профилактики лечения

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

авитаминозов и гриппа. Сельдерей обладает общеукрепляющим противомикробным действием, благотворно влияет на эндокринную, нервную и пищеварительные системы. Кориандр (кинза) улучшает пищеварение, укрепляет капилляры, применяется при легочных заболеваниях, как отхаркивающее средство.

Выводы. У ребенка свои нормы блюд (1 блюдо – 200 – 250гр., 2 блюдо – 60гр. (мясное) и т.д. Ребенку необходимо давать такое количество пищи, которое он охотно и без ущерба для здоровья съест.

ЗНАЧИМОСТЬ ВИДА НЕФРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ В ЧАСТОТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Сафаев Ё.У., Шавахобов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии».

Ташкентский Государственный стоматологический медицинский институт

Цель исследования. Анализ и оценка результатов стандартной ПНЛ, в зависимости от вида нефростомической трубки.

Материалы и методы. Это рандомизированное исследование, выполненное в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре урологии, которое содержит результаты 120 вмешательств больным со сложными камнями почки, выполненных с февраля 2020 года по июня 2022 года. Больные рандомизированы на 2 группы. В группу 1 вошли 60 пациентов, которым установлена силиконовая нефростомическая трубка 22-Fr. Во 2 группу включены 60 больных, где использованы нефростомические катетеры Фоли 22-Fr с баллончиком. Послеоперационное снижение гемоглобина крови оценивалось между двумя группами на 3 сутки после операции. Послеоперационная боль оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) через 24 часа после вмешательства. Адекватность функции нефростомической трубки оценивалась при ультразвуковом исследовании почки.

Результаты. Средний возраст пациентов в группе 1 составил $36,2 \pm 12,7$, в группе 2 этот показатель составил $38,4 \pm 16,3$ ($p > 0,05$). Средний размер камня в группах 1 и 2 составлял $34,5 \pm 13,2$ мм и $38,3 \pm 1,4$ мм. Время операции в группах 1 и 2 составлял $76,4 \pm 1,4$ мин и $80,6 \pm 12,5$ мин соответственно ($p > 0,05$). Средний балл по ВАШ в группах 1 и 2 составил $3,8 \pm 1,1$ и $3,3 \pm 1,6$ ($p > 0,05$). Послеоперационное снижение гемоглобина в группе 1 и 2 составил $24,8 \pm 12,3$ и $15,9 \pm 12,4$ г/л соответственно ($p < 0,05$). Пациенты в группе 1 пребывали в стационаре дольше, чем пациенты из группы 2 ($4,7 \pm 1,4$ против $3,6 \pm 1,3$ дней; $p < 0,05$). В послеоперационном периоде по УЗИ обнаруживались двое больных в группе с баллончиковыми катетерами, с нарушением функции дренажа, но без клинических проявлений. Статистически достоверная разница наблюдалась только по послеоперационному снижению гемоглобина и длительности пребывания в стационаре.

Выводы. Послеоперационная кровопотеря, достоверно чаще наблюдалось у больных, с нефростомическими трубками без баллончика, что привело к увеличению сроков пребывания пациента в стационаре. Для достоверного подтверждения роли и значимости вида нефростомической трубки, после стандартной ПНЛ, требуется проведения дополнительных исследований, в рандомизированных группах, с оценкой результатов на достаточном количестве пациентов.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Тажиева З.Б., Ражабова Д.О., Юлдашева Л.О.
Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии.

Актуальность. Во всем мире заболевания мочевыделительной системы становятся одной из актуальных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, осложнения заболеваний почек имеют важное значение для системы общественного здравоохранения во всех странах, в зависимости от места проживания, образа жизни, пола, возраста, статуса питания, под воздействием экологических факторов наблюдается риск для жизни детей и взрослых. В связи с этим проблема ранней диагностики, назначение адекватной дието- и медикаментозной терапии является актуальной. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на ее долю приходится от 27 до 64%.

Цель исследования: провести анализ заболевания мочевыводящей системы (МВС) у детей 7-15 лет, госпитализированных в отделение “Дети старшего возраста” областной детской многопрофильной медицинской больницы.

Результаты исследования и их обсуждение: из анамнеза заболевания на догоспитальном этапе выяснено, что возраст выявления патологии МВС приходился в основном на детей до 7 лет — 25%, 7 - 10 лет — 44 % и после 10 с 15 лет — 31%. Основной жалобой на догоспитальном этапе было изменение в анализах мочи, выявляемых чаще всего при диспансеризации в декретированные сроки, но при этом крайне редко детям с патологией мочевого осадка проводилось бактериологическое обследование мочи. Учитывая только результаты общих анализов мочи, каждый третий ребенок на амбулаторном этапе получал антимикробную терапию. В основном антибиотики, реже уросептики. Терапия подбиралась эмпирически, что не приводило к желаемому результату, т.е. к санации мочевого синдрома. Практически всем детям на догоспитальном этапе проводилось УЗИ МВС. Изменения на УЗИ выявлялись крайне редко, только у 7% больных отмечены изменения в виде пиелозктазии и изменения размеров почек. Как и на догоспитальном этапе в стационаре основной жалобой при поступлении были изменения в анализах мочи, но при правильном сборе анамнеза выяснялось, что каждый третий ребенок имел дизурические расстройства, чаще в виде учащения мочеиспускания, а каждый четвертый ребенок имел повышение температуры. При лабораторном исследовании в анализах мочи отмечались следующие изменения.

Скорее всего, санированный посев мочи отмечался в связи с проведением на догоспитальном этапе антимикробной терапии. В стационаре выявлялась типичная для инфекций мочевой системы флора: кишечная палочка, энтеробактер, протей, клебсиелла и др. Из инструментальных — проводилось УЗИ МВС. Ненормативные показатели выявлены в 60% случаев. В связи с высокой активностью клинико-лабораторных показателей инфекции мочевой системы и частых изменений на УЗИ, в стационаре проводилось R-урологическое исследование, в основном — микционная цистография. У 2/3 пациентов — рефлюкс разной степени, а у 1/3 — косвенные признаки НДМП. При обследовании в стационаре на УЗИ МВС признаки пиелозктазии выявлены у 29 пациентов, а по данным микционной цистографии ПМЛР разной степени выявлялся почти в 2 раза чаще, то есть у 80 больных.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Заключение. Учитывая полученные данные, в специализированном отделении в 62% случаев выставлен окончательный DS «Пиелонефрит», чаще «Вторичный пиелонефрит» на фоне пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Инфекция мочевых путей диагностирована в 26% случаев и лишь в 12% данных за инфекцию мочевых путей не была выявлено.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.
Ургенчский филиала ТМА.

Введение. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на ее долю приходится от 27 до 64%. По данным ВОЗ, заболевания мочевыделительной системы (МВС) являются второй по частоте патологией детского возраста.

Дисметаболическая нефропатия – группа заболеваний с различной этиологией и патогенезом, характеризующаяся интерстициальным процессом с поражением канальцев почек вследствие нарушения обмена веществ.

Цель. Улучшение состояния здоровья детей, путём внедрение в рацион питания продуктов, выращенных в Хорезмской области, содержащих в малом количестве щавелевую кислоту и соль.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 200 детей в возрасте от 3 до 15 лет, проживающих в Хорезмской области. Были изучены карты развития ребенка (ф 112). Были использованы клиничко лабораторные, инструментальные методы исследования. Изучали генеологический анамнез семей обследованных детей.

Всем детям были проведены общеклинические обследования, биохимические исследования крови и мочи, УЗИ паренхиматозных органов. Уровень оксалатов в моче определяли до и после лечения (качественный метод).

Результаты. Характер питания и питьевой режим являются важными факторами реализации дисметаболических нефропатий. Для оксалатной нефропатии важен учет содержания щавелевой кислоты в продуктах питания. Нами была разработана диета с учетом региональных особенностей питания детей. Дети в зависимости от диетотерапии были разделены на две группы: первая группа – дети, которые не получали диетотерапию 50 дети (n=50), вторая группа – дети, которым была назначена специальная диетотерапия 150 дети (n=150). Из рациона детей с оксалатной нефропатией были исключены продукты, содержащие щавелевую кислоту: шпинат, бобовые, цитрусовые, шоколад, газированные напитки, кислые сорта яблок, сливы. Каждодневный рацион детей включали такие продукты, как молочно-кислые, печень, картофель, капуста. Для каждого ребенка был составлен недельный рацион, который включал продукты с меньшим количеством оксалатов.

Помимо рациональной диеты в лечении оксалатных нефропатий уделяли большое внимание правильному питьевому режиму. Мы рекомендовали употреблять до 1,5 литр жидкости в зависимости от возраста ребенка.

До лечения у всех детей определяли оксалаты в моче 3 и более плюсов. У большинства детей (116 детей (58%)) в анализе мочи было соли оксалатов в большом количестве. После

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

специальной диетотерапии уровень оксалатов в моче составил $0,4 \pm 0,2$. У детей, которые находились на обычном питании уровень оксалатов составил $2,5 \pm 0,3$.

Заключение. При составлении диетических программ следует прежде всего обращать внимание на содержание в продуктах питания оксалатов. Коррекция метаболических нарушений при дисметаболических нефропатиях у детей не только способствует восстановлению обменных процессов, но и позволяет предотвратить развитие и прогрессирование хронической болезни почек. При составлении диетотерапии для детей, целесообразным является применение продуктов питания, с учетом региональных особенностей.

СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЛЯ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.
Ургенчский филиала ТМА.

Актуальность темы. Введение прикорма – это кормление грудных детей продуктами и жидкостями в дополнение к грудному молоку.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 25 здоровых детей, находящихся на естественном вскармливании с 6 месяцев до 1 года в 2-семейной поликлиники г. Ургенча. Они были разделены на 2 группы: 1-группа (n=13) вводили прикорм здоровым детям с 6 месячного возраста по правилам и требованиям ВОЗ; 2-группа (n=12) вводили прикорм самовольно с 4-5 месячного возраста грудного вскармливания.

Результаты и обсуждения. 1-группе матерей были объяснены правила введения прикорма детям находящихся на грудном вскармливании, т.к. введение прикорма с 6 месяцев (180 дней), продолжать частое грудное кормление по требованию ребенка; практиковать надлежащую гигиену и правильную пищевую обработку; давать небольшие количества пищи, увеличивая количества по мере взросления ребенка; постепенно увеличивать консистенцию и разнообразие пищи, а также увеличивать количество приемов прикормов по мере взросления ребенка; кормить разнообразными продуктами, которые богаты питательными веществами. 2-группе матерей были объяснены эти же правила введения прикорма детям, находящимся на естественном вскармливании, но они по совету родственников, свекрови, а некоторые самовольно вводили прикорм ранее оптимального возраста (4-5 месяцев), не по правилам, т.е. начинали с приема хлебобулочных изделий, в виде хлеба, печенья, а также сладости и сразу переходили на пищу семейного стола. Поэтому у этой группы наблюдалось быстрое вытеснение грудного молока, а значит риск недостаточного потребления ребенком энергии и пищевых веществ (n=9(75%)). А у наблюдаемых здоровых детей 1-группы было выявлено, что дети росли и развивались здоровыми, в физическом и психомоторном развитии.

Выводы. Таким образом, грудные дети не обладают физиологической зрелостью для того, чтобы перейти от исключительно грудного вскармливания прямо к пище с семейного стола. Поэтому для преодоления этого разрыва между потребностями и возможностями нужны специальные адаптированные семейные продукты (пища переходного периода), причем необходимость в них сохраняется примерно до 1 года, пока ребенок не станет достаточно зрелым для потребления обычной домашней еды. Так как оптимальным сроком введения прикорма является 6 месячный возраст ребенка.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.
Ургенчский филиала ТМА.

Введение. Под дизметаболическими нефропатиями (ДН) понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ. ДН являются причиной развития пиелонефрита, интерстициального нефрита и мочекаменной болезни (МКБ). В последние годы ДН рассматривают как почечную мембранопатию: первичную (генетически детерминированная нестабильность почечных мембран) и вторичную на фоне приобретенной генерализованной нестабильности цитомембран (при сахарном диабете, водно-электролитных нарушениях, гиповитаминозах и др.). Существование начальных стадий ДН (изолированная кристаллурия) без выраженных клинических проявлений диктует необходимость активного выявления групп риска и детей с ранними симптомами болезни.

Цель исследования: определить ранние симптомы и факторы риска развития ДН у детей.

Материалы и методы. Подбор детского населения для медицинского обследования осуществлялся с помощью выборочного метода с элементами рандомизации. Из 200 детей в возрасте от 3 до 15 лет были отобраны 50 детей с изменениями в анализе мочи в виде оксалурии. При объективном исследовании дети самостоятельно жалоб не предъявляли и не имели клинической симптоматики заболеваний мочевыводящей системы. У всех детей изучили анамнестические данные, наследственную предрасположенность, образ жизни и питания. Контрольную группу составили относительно здоровые дети соответствующего возраста.

Результаты и обсуждение. При помощи метода условной информационной энтропии были проанализированы некоторые медикобиологические, наследственные, клиничко-лабораторные, индивидуальные экзогенные факторы риска развития ДН. На основании анализа нами выделено 6 значимых (приоритетных) факторов риска: нарушение физического развития ниже среднего (30,7%); заболевания почек у родственников (38,6%); патология при УЗИ почек (36,3%); группа крови ребенка 0 (I) или АВ (IV) (15,4%); порядковый номер беременности у матери, 2-я и последующие (44,8%); экссудативнокатаральный диатез (33,8%). Анализ генеалогического анамнеза выявил, что у ближайших родственников детей с ДН и МКБ достоверно преобладала заболеваемость МКБ ($p < 0,001$). Также отмечалось увеличение частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ) в генеалогическом анамнезе детей с ДН по сравнению с детьми 2-й групп в 1,9 раза. Инфекционные заболевания и ЭКД встречались достоверно чаще во 2-й группе детей по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Данные литературы также свидетельствуют о том, что ДН часто возникают на фоне различных почечных заболеваний и ведут к развитию МКБ в старшем возрасте. Интересными были данные лабораторных показателей, которые можно отнести к ранним признакам ДН у детей: снижение суточного диуреза, щелочная рН мочи, гиперстенурия.

При УЗИ почек детей с ДН были обнаружены гиперэхогенные включения и анатомические

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

дефекты, которые достоверно чаще встречались по сравнению с детьми контрольной группы.

Выводы. В результате проведенного исследования нами были выявлены некоторые ранние клинико-лабораторные симптомы болезни у детей: боль в животе; жажда, потливость; головная боль; отеки век по утрам; сухость кожи; отклонение в физическом развитии; щелочная рН мочи, гиперстенурия, кристаллурия, микрогематурия, интермиттирующая лейкоцитурия, незначительная протеинурия, снижение суточного диуреза.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тождинов М.А., Солиев М.Б., Рустамов У.М., Адашев А.И.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: выявить особенности эффективности и безопасности α -адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Материал и методы исследования: За период 2018-2020 гг. наблюдалось 108 больных 55 - 82 лет доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные комбинации terazолина, альфузозина и тамсулозина. Препараты назначались параллельным группам больных, одни из которых сначала получали вазоактивный α -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, terazолин (5 мг/сут) - 35, альфузозин (10 мг/сут) - 10 пациента.

Результаты исследования: У лиц, последовательно принимавших тамсулозин и terazолин (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 terazолина 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 terazолина 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.

Вывод: Полученные в ходе настоящего исследования данные продемонстрировали высокую эффективность препаратов во всех группах пациентов.

УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ НАРУШЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Тоиров О.Б., Иброхимов И., Бегижонов Х., Юлдашев М., Султанов А.С.
Андижанский государственный медицинский институт

Заболевание, возникающее вследствие различных нарушений деятельности центральной и периферической нервной системы и проявляющиеся нарушением нормального функционирования мочевого пузыря - называется атонией мочевого пузыря. В свою очередь запущенная атония мочевого пузыря влечёт за собой угрожающие для жизни пациента симптомы почечной недостаточности. Исходя из этого нужно своевременно и правильно составить лечебный план для восстановления деятельности нервной системы и предотвращения не только урологических, но и других заболеваний.

Цель: оптимизация хирургического лечения больных с атонией мочевого пузыря.

Материалы исследования. Сравнительное исследование проведено на 17 пациентах, поступивших в отделение урологии клиники АГМИ по поводу задержки мочеиспускания и в последующем 13 из них выставлен диагноз нейрогенный мочевой пузырь. Из анамнеза у 9 больных причиной являются травмы опорно-двигательного аппарата (ТОДА), у 4 пациентов колопроктологические операции (КПО).

Результаты исследования показали, что у 1 пациента задержка мочеиспускания разрешилась однократной катетеризацией мочевого пузыря. 6 пациентам произведена цистостомия, 1 пациенту была произведена эпицистостомия. 7 больным с ТОДА и КПО было проведено совместное лечение с невропатологами. У 2 больных была произведена операция «Ремускуляризация мочевого пузыря». При диспансерном наблюдении было установлено, что АМП у больных с эндоурологическими вмешательствами (цистостомия и эпицистостомия) после удаления цистостомы повторно наблюдалась в течение года. При операции «Ремускуляризации мочевого пузыря» у больных наблюдался длительный послеоперационный период, но функция мочевого пузыря была восстановлена полностью.

Вывод: Несмотря на трудности и длительный реабилитационный срок, желательно если нет противопоказаний проводить операцию на «Ремускуляризацию мочевого пузыря», для последующего предотвращения повтора атонии мочевого пузыря.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН

Тоштемиров А., Каримов М.О., Султанов А.С., Фархадов М., Рустамов У.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Своевременная диагностика и квалифицированная экстренная помощь при травматических повреждениях наружных половых органов у мужчин.

Материал и методы исследования. С 2010 по 2020 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

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

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 в нормальное положение с последующим фиксированием.

У 9 больных с перекрутом яичка выявлено - омертвление 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.

Вывод: В результате своевременной диагностики и оказания квалифицированной экстренной хирургической помощи, у всех больных восстановлена трудоспособность, сохранена репродуктивная функция.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРГЕНТНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Тухтасинов А.А., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт

Общая заболеваемость гиперактивностью мочевого пузыря достигает 22%. Недержание мочи влияет практически на все стороны жизни пациентов – как мужчин, так и женщин, существенно ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную и семейную адаптацию.

Симптомами гиперактивности мочевого пузыря (ГМП) являются учащение мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание и ургентное недержание мочи. Последний симптом наблюдается у 30-40% больных с ГМП и существенно утяжеляет клиническое течение заболевания.

Цель исследования: сопоставление основных клинических и уродинамических показателей у больных с ГМП с и без ургентного недержания мочи.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 200 больных с ГМП. Среди обследованных больных было 127 (63,5%) женщин и 73 (36,5%) мужчин. Для оценки выраженности симптоматики ГМП все больные заполняли дневник мочеиспускания в течение 3-х дней.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от наличия ургентного недержания мочи. Первую группу составили пациенты с ГМП без ургентного недержания мочи (n=103), а вторую группу – больные с ГМП и ургентным недержанием мочи (n=97).

Результаты исследования: Различия по возрасту между пациентами 1-й и 2-й групп не выявлено, тогда как половой состав этих групп оказался различен. Мужчины

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

преобладали в 1-й группе (58,1%), в то время как во 2-й группе оказалось больше женщин (69,5%). Это свидетельствует о том, что у женщин с ГМП ургентное недержание мочи наблюдается чаще, чем у мужчин. Не отмечено различий между группами по возрасту начала симптоматики ГМП, давности симптоматики на момент обследования, а также частоте врожденной ГМП. В то же время у больных 2-й группы достоверно чаще отмечалась склонность к запорам. Возможно, запоры являются одним из факторов, утяжеляющих клиническую картину ГМП и приводящих к появлению ургентного недержания мочи.

Анализ дневников мочеиспускания показал, что частота мочеиспускания днем и ночью достоверно не различалась у больных двух групп. В то же время частота императивных позывов в течение суток и частота ночных императивных оказалась значительно выше для больных 2-й группы.

При сравнении результатов уродинамических исследований у больных 1-й и 2-й групп достоверных различий по всем исследуемым показателям не выявлено. Частота произвольных (нестабильных) сокращений оказалась практически одинаковой для больных 1-й (45,4%) и 2-й (42,6%) групп. Также отсутствовали различия по объему наполнения при первом и максимальном произвольном сокращении, детрузорному давлению при первом и максимальном произвольном сокращении, объему наполнения мочевого пузыря при первом, нормальном и сильном позывах, а также максимальной цистометрической емкости.

Заключение: Результаты проведенных исследований показали, что у больных с ГМП независимо от наличия ургентного недержания мочи уродинамические показатели практически одинаковы. Данное обстоятельство необходимо учитывать при планировании тактики обследования больных с ГМП.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

Усманова Г.К., Салиева М.Х., Минаваров А.А., Хажиматов Р.С., Ахмаджонов Ш.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. В стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан уделено особое внимание совершенствованию системы охраны здоровья населения.

Цель исследования. Ретроспективно изучить и проанализировать демографическую ситуацию, уровень заболеваемости сельского населения района.

Материал и методы исследования. Проанализирована демографическая ситуация, уровень заболеваемости сельского населения района согласно статистической отчетности.

Результаты исследования. Гендерный состав населения в районе - 55% женщин и 45% мужчин. Отмечается рост населения в районе по сравнению с предыдущими годами. Наблюдается снижение рождаемости населения и некоторое повышение детской смертности. Анализ заболеваемости сельского населения района продемонстрировал негативную динамику в состоянии здоровья. Общая заболеваемость взрослого населения (на 100000) возросла за этот период с 765,2 до 787,9. Такая же тенденция наблюдается и с первичной заболеваемостью в сравниваемые годы соответственно: 531,5 и 568,6.

Рост заболеваемости сельского населения наблюдается за счёт роста её у подростков и у детей. Рост уровня заболеваемости можно объяснить квалификацией врачей, позволяющей обеспечить выявление заболеваний, высокое качество проведения профилактических осмотров и осуществление мониторинга здоровья населения района.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Нами проведен анализ деятельности СВП района. Большинство СВП (21) расположены в приспособленных зданиях, поэтому требуют капитального ремонта. Важное значение для оказания своевременной медицинской помощи имеет радиус обслуживания СВП, который колеблется от 3 до 16 км: от 3 до 6 км - 10 СВП, от 7 до 10 км - 7 СВП и от 11 до 16 км - 10 СВП.

Также немаловажную роль имеет в оказании своевременной специализированной медицинской помощи протяжённость СВП от ЦРБ. Большая часть СВП (14) находится на расстоянии 4-6 км от ЦРБ, 10 СВП - 1,5-3,5 км и лишь 3 СВП вдали от ЦРБ (6,5 – 12 км).

Анализ деятельности СВП выявил, что среднее число посещений увеличилось в сравнимые годы почти в 1,3 раза, что вероятно связано с ростом заболеваемости, медосмотров, профилактических мероприятий и медицинской культуры населения.

Наблюдается увеличение почти в 1,2 раза направления больных на консультацию в ЦРБ. Отмечается также некоторое снижение % госпитализации в стационары района, т.е. уменьшился почти на 1,3 раза. Процент обращаемости пациентов СВП к узким специалистам выявил следующее: пациенты больше всего обращаются к узким специалистам следующего профиля: на первом месте находится кардиолог, затем психиатр, акушер-гинеколог, онколог, хирург, эндокринолог, фтизиатр, невропатолог, педиатр, офтальмолог; обращаемость к лор осталась почти прежней, уменьшилась почти в 1,5 раза обращаемость к дерматовенерологу. Процент обращаемости за консультацией увеличился в 1,6 раза.

Выводы. Анализ показывает, что потребность населения в консультациях узких специалистов растёт, что вероятно связано с несколькими факторами: заболеваемостью населения, ростом медицинской грамотности и активности, сервисом медицинских услуг, применением современных методов диагностики, лечения и профилактики, доступностью медицинской помощи. В целях лучшего обеспечения специализированной медицинской помощи необходимо приблизить её путём развития межрайонных форм с созданием мобильных диагностических и лечебных подразделений, а также создание в составе РМО выездных врачебных бригад (постоянно действующие функциональные подразделения).

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Ходжихматова Р.Ю., Умурзакова М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Заболевания мочеполовой системы в последнее время значительно увеличились. Поэтому знания о профилактике помогут предотвратить эти заболевания.

Цель исследования: Объяснить значимость профилактики и своевременных профилактических осмотров.

Материалы и методы исследования: Основываясь на статистических данных и показателях заболеваемости, изучив основные причины заболеваемости органов мочеполовой системы разъяснить основные правила профилактики.

Результаты и их обсуждение:

- В первую очередь, обязательный профилактический осмотр уролога, дважды в год, даже если ничего не беспокоит. Болезнь проще предотвратить или вылечить на первичных этапах, чем всю жизнь болеть, когда патология перешла в хроническую форму;

- Своевременная диагностика инфекционных заболеваний, которые могут повлиять на мочеполовую систему. Необходимо вовремя лечить простуду и грипп, гайморит, инфекционные заболевания ЖКТ и ангину;

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

- Соблюдение правил личной гигиены и корректной гигиены половых органов;
- Выбор для ношения качественного белья, которое исключает раздражение и обеспечивает нормальный воздухообмен;
- Избегание переохлаждений, выбор правильной одежды для сырой и холодной погоды;
- Минимизация стрессовых ситуаций, правильное питание на постоянной основе;
- Регулярные прогулки, занятия спортом, исключение перенапряжений и переутомлений, соблюдение режима сна;
- Отказ от табакокурения и употребления алкогольных напитков, наркотических средств;
- Соблюдение питьевого режима – потребление чистой воды, минимизация газированных напитков, консервированных соков и пива;
- Упор в течении любого сезона года на поддержание иммунитета для усиления защитного барьера собственного организма;
- налаженная сексуальная жизнь, ограничение безрассудных связей и случайных контактов, обязательное использование контрацепции и средств собственной защиты;
- Посещение только проверенных салонов красоты, кабинетов по уходу за здоровьем, спортивных залов и бассейнов, где поддерживается гигиена;
- Лечение только у проверенных докторов в больницах и амбулаториях, где соблюдены нормы и протоколы. Госпитальная инфекция мочевых путей является наиболее устойчивой среди общего списка внутрибольничных инфекций, поэтому требуется собственная внимательность в выборе медицинского центра, как и проверка стерильности игл, шприцов, катетеров!

Вывод: Профилактика урологических заболеваний поможет избежать страшных диагнозов, предотвратить развитие болезни в хроническую стадию.

Профилактика складывается из правильного подхода к здоровью, своевременного обращения к врачу и исполнения всех его предписаний, из здорового образа жизни. Только такие меры спасут вас от появления и прогрессирования урологических недугов.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ФЕРМЕРСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Минаваров А.А., Ходжихамадова Р.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Проблема мочекаменной болезни, в связи с увеличением во всем мире заболеваемости, приводящей к госпитализации людей, нетрудоспособности и летальным исходам, ухудшению качества их жизни, приобретает все большую актуальность. Среди урологических заболеваний мочекаменная болезнь встречается в 30-45 % случаев, выделяясь среди них нередко гнойно-воспалительными осложнениями. Она имеет место в любых возрастных группах, причем камни могут локализоваться как в почках, так и в других отделах мочевыводящих путей. Причинами возникновения мочекаменной болезни по данным разных авторов являются социально-экономические факторы, загрязнение окружающей среды, климатические, гидрогеохимические особенности питьевой воды, геологические причины и др. В настоящее время отмечается рост заболеваемости мочекаменной болезнью среди населения, особенно среди фермеров, занятых физическим трудом.

Цель исследования: Провести анализ данных опроса среди фермеров, на основе которых в последствии можно будет принять меры по предупреждению заболеваемостью мочекаменной болезнью.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Материалы и методы исследования: Проведен опрос среди фермеров, проживающих в Пахтаабадском районе Андижанской области республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение: Медицинские осмотры, проведенные среди членов семей более 2478 фермеров, проживающих в Пахтаабадском районе Андижанской области, а также анализ, полученный в результате опроса, показывают, что:

из общего числа мужчин у 412 из 1270 была диагностирована мочекаменная болезнь, что составляет 32,4% всего населения;

из 1208 обследованных женщин заболевание диагностировано у 387, что составляет 32,0%;

Общее количество диагностированных заболеваний среди общей численности населения 2478 человек составило 799 человек, заболевание выявлено у 32,2% населения.

При по возрастном анализе мочекаменной болезни самый высокий показатель был обнаружен у фермеров в возрасте от 31 до 49 лет.

Вывод: В целях предупреждения распространения мочекаменной болезни среди фермеров необходимо изучить условия жизни, социальный статус, режим питания, вредные привычки и состав питьевой воды, а также принять меры по предупреждению других сопутствующих заболеваний.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН

Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Минаваров А.А., Мирмухамедов Б.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Профилактика урологических заболеваний остается лучшей мерой, направленной на предупреждение или быстрое обнаружение и лечение патологий мочеполовой системы для исключения сложных последствий и дальнейших сезонных обострений хронических болезней.

Цель работы: Урологические заболевания у мальчиков, подростков и мужчин могут развиваться, независимо от возраста. Объяснить мужскому населению на сколько важно проходить профилактические осмотры у уролога не зависимо от того, есть симптомы заболеваний или нет.

Материалы и методы исследования: Рекомендуемые графики профилактических осмотров у уролога.

Результаты и их обсуждение: Сегодня урология насчитывает десятки заболеваний, которые быстро переходят в хроническую форму и могут беспокоить вас в течении всей жизни, нанося урон организму. Хотя, если обратиться к урологу вовремя, практически любую болезнь можно вылечить всего за 10-14 дней, одним-двумя препаратами!

Профилактика патологий в урологии предусматривает обследования в соответствии с установленным рекомендациями:

- Уже после рождения половые органы мальчиков осматривает педиатр, который в один, шесть, восемь и двенадцать месяцев обследует детей на предмет возможных патологий. В первый месяц проверяется опущение яичек, а далее правильное развитие половых органов;

- Далее, в три года, ребенка осматривает детский уролог для исключения или своевременного диагностирования кистозов в придатках, водянки яичек или грыж;

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

- Профилактический осмотр у детского уролога необходим и в 12-14 лет. В этом возрасте у мальчиков активно развивается мочеполовая система и половые органы. Важной составляющей обследования является изучение показателей гормонов, анализ выработки сперматозоидов. К сожалению, возможны отклонения: варикоцеле, гипогонадизм, недостаточное половое развитие, а также циститы и уретриты. Несвоевременное лечение или осложнение подобных патологий может привести к дисфункции половых органов, угнетенному психологическому состоянию, бесплодию;

- Профилактический осмотр у уролога в 20-35 лет – строгая необходимость для каждого мужчины. Половая активность нередко приводит к проблемам с инфекциями, что передаются половым путем. Данные заболевания лечатся, но часто игнорируются пациентами, что приводит к распространению инфекций, осложнениям, развитию других, уже более серьезных патологий;

- Урологический осмотр в 40-45 лет подразумевает обследование простаты, трансректальную ультразвуковую диагностику, анализ на простатспецифический антиген, что поможет вовремя определить доброкачественную гиперплазию простаты на ранних стадиях, а также обнаружить рак предстательной железы. Чаще, подобные заболевания могут быть выявлены у мужчин более старшего возраста, от 45-50 лет.

- Осмотр после 60 лет чаще нужен для анализа динамики лечения имеющихся хронических патологий. В этом же возрасте, практически у каждого второго взрослого мужчины обнаруживается аденома простаты!

Вывод: Чтобы исключить возможные проблемы, необходимо проходить урологическое обследование дважды в год, или хотя бы при первых симптомах!

Своевременный осмотр позволяет выявить мочекаменную болезнь, пиелонефрит, уретрит или "букет" из гонореи, трихомонады и уреоплазмы вовремя, чтобы не допустить дальнейших проблем и минимизировать риски. Но кроме осмотра следует придерживаться и правил, о которых говорят специалисты!

МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – ИСТОЧНИК УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Халмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мамажанова У., Муминов О.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Одним из показателей оценки качества медицинской помощи служит удовлетворенность ею пациентов. Мнение пациентов о медицинском обслуживании - важный критерий при оценке деятельности медицинских учреждений. Одним из основных критериев качества медицинской помощи для пациента является проявление милосердия по отношению к нему со стороны медицинского персонала. Проявление милосердия в труде медицинской сестры многогранны и включают в себя: умение проявить деликатность, вовремя сказать доброе слово; умение откликнуться на просьбу пациента; уважать чувства верующих. Огромное значение имеет умение общаться медперсонала с пациентами, психологически подготовить пациента к предстоящей процедуре или манипуляции, объяснить для чего это проводится и какую пользу принесёт здоровью пациента.

Цель исследования. Нами изучен этот субъективный критерий - мнение пациентов о медицинском обслуживании, который отражает конкретные достоинства и недостатки в организации лечебно-диагностического процесса и способствует принятию адекватных действий руководством учреждения.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Материал и методы исследования. При изучении удовлетворенности пациентов качеством труда медицинского персонала стационара использована разработанная нами специальная анкета, в анонимном анкетировании приняли участие 70 пациентов, анкета включала 41 вопрос, касающийся как профессиональных, так и личностных качеств ВОП и проведён опрос пациентов, которым оказана медпомощь в медучреждениях района.

Результаты исследования. Гендерный состав опрошенных: женщины—58,6%, мужчины—41,4%. 75,7% пациентов болели острыми и хроническими заболеваниями. Свои заболевания в 55,7% случаев связывают с высокой стоимостью необходимой медпомощи, отсутствием нужных лекарств, недостаточной компетенцией медперсонала, недостаточным сервисом медицинских услуг первичной медико-санитарной помощи, в 44,3% случаев - с материальными трудностями семьи, плохими условиями быта, неблагоприятными условиями труда. Основная масса пациентов (45,7%) обращалась за медпомощью вначале заболевания, 18,6%- по вопросам профилактики и здорового образа жизни, такое же количество - после самолечения, 17,1%- в тяжёлых случаях. В течение последнего года 74,3% пациентов посетили ВОП от 1 до 5 раз и более и лишь 25,7%- не посетили, разница существенна ($P < 0,05$).

Необходимо отметить, что лишь 27,1% пациентов полностью удовлетворены работой ВОП, 42,8% - не в полной мере, 20,1% - не удовлетворены работой ВОП. Пациенты считают, что на качество работы врача общей практики в первую очередь влияет неудовлетворительная организация рабочего места, недостаточная оснащённость необходимым оборудованием (45,7%), низкая квалификация врача (32,9%), очередь на приём (17,1%) и другие (4,3%). Атмосферу и микроклимат в лечебном учреждении пациенты оценивают так: доброжелательность и терпимость в 67,2%, безразличие к пациенту, атмосфера напряжённости и недовольства в 32,8%. 87,3% пациентов дают положительную оценку деятельности медицинских учреждений села.

Выводы. Необходимо отметить, что свою медицинскую активность пациенты связывают в 41,4% с доступностью медицинской помощи, в 40% - с медицинской культурой, знанием вопросов профилактики и здорового образа жизни, в 18,6% - с традицией семьи. У пациентов чаще встречается низкая медицинская активность (37,2%), высокая и средняя медицинская активность у пациентов наблюдается одинаково часто: по 31,4%.

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАЗРАСТАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОСТАТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хамраев О.А., Косимхожиев М.И.

Андижанский государственный медицинский институт

В патогенезе доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ведущая роль отводится вопросам гормональной регуляции. Исследования последних десятилетий показали важную роль системы гипоталамус-гипофиз-гонады в процессе роста и развития предстательной железы. Изменение гормональных соотношений в этой системе с возрастом является исходной точкой запуска механизмов развития ДГПЖ. В настоящее время существует несколько теорий причин возникновения ДГПЖ, основными из которых являются: эстрогенная теория, теория роли избытка оксидоредуктазы, теория эмбрионального пробуждения, теория тканевых факторов роста и теория старения мужского организма.

Цель исследования – изучить морфологические изменения стромально-сосудистой

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

системы простаты при различных формах доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материал и методы исследования: микроскопические исследования проведены на 30 биопсийных препаратах простаты на кафедре патанатомии Андижанского государственного медицинского института.

Результаты исследования. Исследования показали, что гиперпластические процессы в предстательной железе при ДГПЖ носят диффузный характер, т.е. распространяются по всему объему органа. Однако существует определенная закономерность в степени выраженности пролиферативного процесса в различных его отделах. В ткани предстательной железы можно четко выделить 2-3 главные железы, располагающиеся в субкапсулярных отделах органа, вставочные или подслизистые железы, расположенные в интрамуральных отделах предстательной железы и слизистые или периуретральные железы. Наиболее активно пролиферируют ацинарные клетки слизистых желез, менее активно пролиферируют ацинарные клетки вставочных (подслизистых) желез, а пролиферативная активность клеток ацинусов главных желез наиболее низкая. Основная закономерность может подвергаться различным изменениям, но они являются лишь отклонением от правил. Исследование материала лиц преклонного возраста, не страдавших урологическими заболеваниями, показало, что пролиферативный процесс развивается как в периуретральной, так и в субкапсулярной области. В последнем случае он может идти даже с опережающей интенсивностью. Однако эти пациенты никогда не обращаются за урологической помощью, поскольку развивающийся в субкапсулярной зоне пролиферативный процесс, как правило, не сопровождается нарушением мочеиспускания, по сравнению с теми пациентами, у которых пролиферативный процесс развивается преимущественно в периуретральной зоне, или в слизистых железах.

Следует отметить, что при различных вариантах продуктивного воспаления в ткани предстательной железы, оно является ответной реакцией на некоторые патологические процессы: изменение физикохимических свойств секрета предстательной железы в результате его застоя, пролиферация ацинарного эпителия, ишемическое повреждение ткани простаты и ряд других патологических процессов.

Вывод: Гиперпластический процесс разрастания предстательной железы носит выраженный дисгормональный характер и увеличение объема органа происходит либо за счет увеличения объема составляющих его клеточных элементов, либо за счет увеличения их количества (гиперплазия клеточных элементов).

АТИПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ

Хамраев О.А., Косимхожиев М.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы [ДГПЖ] является наиболее часто встречающимся заболеванием мужчин пожилого и старческого возраста. Частота ДГПЖ составляет 1094 у мужчин в возрасте до 40 лет и возрастает до 80% у мужчин в возрасте 75-80 лет. Доказано, что с увеличением продолжительности жизни количество больных страдающих ДГПЖ, возрастает. Лекарственные препараты занимают важное место в структуре терапии больных ДГПЖ. В мире 85-90% больных ДГПЖ получают медикаментозное лечение [в отличие от 80% этих же пациентов в пределах 10 лет назад] и только 10-15% больным выполняют оперативные вмешательства. В настоящее время доказано, что медикаментозная терапия ДГПЖ эффективна лишь в том случае, если она обоснована патогенетически.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

В связи с высокой распространенностью данного заболевания актуальными остаются исследования в области этиологии и патогенеза ДГПЖ.

Цель исследования – изучить патоморфологические изменения простаты при её доброкачественной гиперплазии.

Материал и методы исследования: микроскопические исследования проведены на 30 биопсийных препаратах простаты на кафедре патанатомии Андиганского государственного медицинского института.

Результаты исследования. Исследования показали, что при пролиферативном процессе железистого компонента простаты прослеживается атипичная гиперплазия. В термин атипичная гиперплазия заложена отнюдь не принадлежность этого процесса к онкологическим заболеваниям, а лишь подчеркнута атипичность развития самого гиперпластического процесса. Среди атипичных форм железистой гиперплазии с наибольшей частотой встречается базальноклеточная гиперплазия. При этой форме в отдельных пролиферативных центрах выявляются фокусы, в которых железистые структуры сформированы базальными клетками. Проллифераты из базальных клеток могут носить характер солидных тяжей, а могут проявляться в виде сегментарных пролифератов внутри ацинарных структур.

При аденозе, следующая по частоте форма атипичной гиперплазии, в отдельных участках предстательной железы отмечается разрастание мелких железистых структур. Расположены эти железки хаотично и отделены друг от друга тонкими прослойками соединительной ткани. Если строма в фокусах аденоза значительно доминирует над паренхимой, то такой его вариант носит название фиброзирующего аденоза.

Крибриформная гиперплазия, когда пролиферирующие клетки образуют подобие решетчатых структур.

Филлоидная гиперплазия имеет наименьшую частоту встречаемости (1,3%). Проявляется она формированием в ткани предстательной железы узких щелей, выстланных кубическим эпителием.

При железистой гиперплазии могут существовать различные варианты атипичной гиперплазии. Фокусы роста этих форм могут располагаться в различных отделах предстательной железы. Выделение атипичных форм в отдельные группы обусловлено тем, что каждый из этих вариантов, по сути, является факультативным предраком.

Вывод: Пациенты, у которых в предстательной железе обнаруживаются фокусы атипичной гиперплазии, нуждаются в диспансерном наблюдении и составляют группу риска в отношении рака предстательной железы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Хамраев О.А., Садикова Д.И., Рустамов У.М.
Андиганский Государственный медицинский институт

В последние годы подходы к лечению мочекаменной болезни дополнительно ко всему изменились благодаря более глубокому изучению причин и механизмов образования камней в почках, что в последующем привело к появлению средств, влияющих на растворение камней, более пристальному отношению к метафилактике этого заболевания, вопросам активного наблюдения за пациентом с уже выявленным заболеванием, улучшению диспансерного наблюдения.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Камни мочевого пузыря характеризуются наличием камней или кальцифицированных (отложение солей кальция) инородных тел в полости мочевого пузыря или необладдера (вновь сформированного мочевого пузыря). Основными причинами их формирования являются: аденома простаты, стриктуры уретры, склероз шейки мочевого пузыря, а также в пузырь могут попадать конкременты из почек и мочеточников.

Повышение интереса к лечению мочекаменной болезни связывают в первую очередь с широким внедрением в клиническую практику аппаратов для дистанционной литотрипсии, нефро- и уретероскопов, лапароскопической аппаратуры, что нередко ставит уролога перед выбором оптимального метода лечения пациентов с этой патологией.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и повышение эффективности лечения камней мочевого пузыря.

Материал и методы исследования.

Представлены результаты комплексного обследования (ультразвуковые, рентгенологические, цистоскопические, лабораторные методы и т.д.) и наблюдения за 28 больными с цистолитиазом после трансуретральной цистолитотрипсии, цистолитоэкстракции и традиционных открытых операций, находившихся на лечении в урологическом отделении клиники АГМИ с 2016-2021 гг.

Результаты исследования. Исходя из размеров и количества камней мочевого пузыря больным проводилась трансуретральная цистолитоэкстракция и цистолитоэкстракция через надлобковый свищ у 8 пациентов, трансуретральная цистолитотрипсия – 10 больных, а 10 больным - традиционная эпицистолитотомия. При дальнейшем наблюдении было установлено, что при традиционной операции срок реабилитации более длительный, койка-день в среднем составляет 10-12 дней, у больных длительное время наблюдались местные боли операционной зоны. При эндоурологических операциях реабилитационный срок был меньше, койка-день составил в среднем 5-6 дней, болезненные симптомы сопровождалась только 2 дня.

Вывод: Из вышесказанного следует, что если нет противопоказаний, то желательно при камнях мочевого пузыря применять современные малоинвазивные эндоурологические операции.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК

Хамраев О.А., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.
Андижанский государственный медицинский институт

Единого мнения о применении перкутанной пункции кист почек нет, ряд исследователей являются сторонниками традиционных открытых операций, другие отдают предпочтение малоинвазивным методам лечения. Для лечения кист почек в настоящее время применяются открытые операции, перкутанная пункция кист почек, перкутанная пункция с дренированием кист почек с последующим применением склерозирующей терапией и место каждого из этих методов до сих пор не определено.

Цель работы: определение оптимальных вариантов лечения кист почек в зависимости от их индивидуальных особенностей.

Материал и методы исследования: в урологическом отделении в клинике АГМИ за период с 2018 по 2021 год пролечен 278 пациентов с кистозными заболеваниями почек. Из них 6 пациентов подверглись традиционным операциям, 58 больным выполнены пункции кист почек со склеротерапией, 13 больным выполнены перкутанная пункция с дренированием кист почек с последующим применением склерозирующей терапией, 201 больным выполнены пункции кист без склеротерапии.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Результаты исследования: Проведен статистический анализ по некоторым показателям, характеризующим ближайшие и отдаленные результаты лечения. Операции выполнялись в том случае, если к пункции кисты были противопоказания (локализация, подозрение на малигнизацию, размер более 6 см и др.). Пункционный метод лечения кист предпочтительнее операций по критериям инвазивности, однако в связи с нерадикальностью часто требуются повторные манипуляции по поводу рецидива кисты у 3-7 больного. Перкутанная пункция кист почек без дренирования со склеротерапией и перкутанная пункция с дренированием кист почек с последующим применением склерозирующей терапией не продолжительнее традиционных, но их выгодно отличает от последних отсутствие кровопотери, сокращение сроков пребывания в стационаре и периода реабилитации. После операций снижаются рецидивы и необходимость в повторных манипуляциях.

Выводы: Методом выбора при лечении кист почек является пункция кисты со склеротерапией. При наличии противопоказаний к пункции кист почек являются альтернативой открытые операции. Требуется более глубокое исследование для определения приоритета в выборе метода лечения в зависимости от индивидуальных особенностей кист почек.

ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.

Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Несмотря на развитие хирургии мочевого пузыря и современные медицинские технологии, операция радикальная цистэктомия сопровождается высокой частотой осложнений в течение первых 90 дней до 70 % и летальностью до 9,0 %.

Цель исследования. Определение частоты ранних послеоперационных хирургических осложнений и летальности после радикальной цистэктомии.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты ранних послеоперационных осложнений у 42 пациентов, которым в период с 2017 по 2022 г. в Андижанском филиале РСНПМЦОР выполнена операция радикальная цистэктомия. Распределение больных по полу 34 (81,2 %) мужчины и 8 (18,7 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 50,5 года. Средняя медиана наблюдения – 36,4 мес. У всех пациентов операция выполнена открытым доступом. Из методов деривации мочи преобладала операция Брикера 30 (71 %) случаев, УКС – 12 (29 %).

Результаты исследования. Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 22 (53,1 %) пациентов. Осложнения Clavien I–II составили 31,2 %, а Clavien III–IV – 21,8%. Хирургические осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза – 1,1 %, несостоятельность уретоилоанастомоза – 2,25 %, ранняя спаечная кишечная непроходимость – 2,1 %, лимфоцеле – 7,8 %, гастростаз (парез кишечника) – 38,2 %, пиелонефрит – 14,5 %. Частота осложнений коррелировала с возрастом пациентов и стадией рака мочевого пузыря. Послеоперационная летальность составила: одна месячная – 2,5 %, трёх месячная – 4,1 %. Причинами летальности явились тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), острый инфаркт миокарда, мезентеральный тромбоз и острые нарушения мозгового кровообращения.

Вывод. Радикальная цистэктомия остается по-прежнему операцией высокой категории сложности и сопряжена с большой частотой осложнений.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Хужамбердиев У.Э., Ибрагимов М.Ё
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Наиболее информативным и объективным методом исследования состояния мочевого пузыря в фазах наполнения и опорожнения служит уродинамическое исследование, которое позволяет одновременно исследовать внутривезикулярное, внутрибрюшное и детрузорное давление.

Обструкция мочеиспускания определяется отношением давления и потока и отражает сократимость детрузора, сопротивление уретры, но не позволяет определить какой из факторов нарушен.

В основе нарушений мочеиспускания у женщин лежит разная степень недостаточности сфинктера, что подтверждается проведенными исследованиями отечественных и зарубежных коллег и объективными достоверными данными при изучении профиля уретрального давления при ургентной и стрессовой формах, в частности функциональная длина и внутриуретральное давление при напряжении

Цель исследования. Улучшить результаты обследования и лечения больных, страдающих различными расстройствами мочеиспускания с помощью уродинамических методов исследования.

Материалы и методы исследования. Работа основана на изучении результатов обследования 65 больных различными урологическими, гинекологическими и неврологическими заболеваниями, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике АГМИ.

Результаты исследования. Результаты уродинамических исследований у больных с различными формами недержания мочи выделили их основные функциональные критерии. Больные с комбинированной формой недержания мочи - более старшего возраста, с меньшим максимальным цистометрическим объемом, с большим максимальным уретральным давлением, с более низкой максимальной скоростью потока мочи, с большими показателями внутривезикулярного и детрузорного давлений и колебаниями детрузорного давлений. Уродинамическое исследование позволяет диагностировать различные формы недержания мочи и правильно определить тактику лечения обследованных пациентов.

В организованной популяции частота нарушений мочеиспускания у женщин в возрасте 40-77 лет составила 67,85%. Выявлена зависимость между тяжестью урогенитальных расстройств и длительностью постменопаузы. С увеличением длительности постменопаузы более 10 лет у больных с урогенитальными расстройствами частота стрессового недержания мочи снижается и увеличивается частота ургентного недержания мочи. Выявлено пять уродинамических вариантов императивных нарушений мочеиспускания у женщин с урогенитальными расстройствами в климактерии. Комплексное уродинамическое исследование больных с урогенитальными расстройствами определяет индивидуальный подбор селективных модуляторов негормональных рецепторов нижних мочевых путей. Заместительная гормонотерапия является патогенетической для больных в климактерии.

При комплексном уродинамическом исследовании с профилометрией уретры расстройства мочеиспускания выявлены у 77,5% больных миомой матки и сочетанным генитальным эндометриозом. Наиболее часто установлена стрессовая инконтиненция - в 60,0% наблюдений. К 12 месяцам после операции каждая третья пациентка отмечает

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

затрудненное мочеиспускание, каждая вторая - эпизоды недержания мочи при напряжении. Назначение медикаментозной корригирующей терапии этим больным позволяет снизить частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Нарушения уродинамики нижних мочевых путей зафиксированы у 96% больных рассеянным склерозом (РС) в различные сроки от начала заболевания. В ходе диагностики уровня поражения при неврологическом заболевании и типа расстройств мочеиспускания, помимо рутинных методов, включение в алгоритм обследования уродинамических исследований нижних мочевых путей позволяет дифференцированно подойти к симптоматическому лечению.

У пациентов, страдающих терминальной почечной недостаточностью, сопровождающейся олиго-анурией, имеют место выраженные функциональные изменения нижних мочевых путей преимущественно гиперрефлекторного типа. Наибольшие функциональные изменения нижних мочевых путей отмечены у пациентов с более длительной олиго-анурией. Исследование функционального состояния нижних мочевых путей у пациентов, находящихся на гемодиализе, позволяет до трансплантации почки планировать ход предстоящего оперативного пособия (вид анастомоза мочевых путей) и ведение послеоперационного периода.

Вывод. В работе рассмотрены комплексные уродинамические исследования нижних мочевых путей в диагностике характера расстройств уродинамики у больных рассеянным склерозом (РС) и возможность дифференцированного подхода к симптоматическому лечению.

На основе классической концепции нейроанатомии и нейрофизиологии проведен научный анализ характера и вариантов расстройств функции нижних мочевых путей у больных рассеянным склерозом и создан алгоритм обследования больных РС. Научно обоснованы необходимость и объем комплексного уродинамического обследования нижних мочевых путей при рассеянном склерозе.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРОЙ ЛМС.

Хасанов М.М., Абдуфаттаев У.А., Номонов А.А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии»

Актуальность проблемы. Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) – любое патологическое сужение просвета ЛМС, которое нарушает его проходимость. Причиной данной обструкции бывают врожденными и приобретенными. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выявляет расширение верхних мочевых путей у плода примерно в 1 из 100 беременностей и примерно у 50% пациентом с диагнозом антенатальный гидронефроз развивается стриктура ЛМС. Соотношение мужчин к женщинам составляет 3-4:1. В 10% случаев стриктура ЛМС является двухсторонней (Grasso M, Gitlin J, 2011). В лечении стриктурой ЛМС есть несколько хирургических методов. Ретроперитонеоскопические операции имеют самые высокие показатели успешности и меньшую частоту осложнений (Uhlig A, Uhlig J, 2019).

Цель исследования: определить значимые факторы в прогнозе эффективности реконструктивных операций у пациентов со стриктурой ЛМС.

Материалы и методы исследования. В данное включено 303 пациентов, обратившихся в ГУ «РСНПМЦУ» со 2018 по 2020 гг, которым был выставлен диагноз стриктура ЛМС. Средний возраст пациентов составил $26,95 \pm 15,9$ лет (от 5 до 77 лет). По половому

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

распределению мужчины составили 150 (49,5%), женщины 153 (50,5%). Для оценки каждого фактора в прогнозе успешности оперативного вмешательства использовали следующие методы оценки, расчеты относительного (RR) и абсолютного (AR) риска, отношение шансов (OR), определение точек отсечки будет проведена с помощью ROC curve анализа. В успешности оперативного вмешательства будут использоваться следующие параметры: длительность заболевания, попытки предыдущих реконструктивных операций, по данным УЗС минимальная толщина почечной паренхимы, максимальный диаметр почечной лоханки (МДПЛ), наличие/отсутствия камней в ЧЛС, степень гидронефроза, по данным рентгенологических исследований, наличии функции и времени ее появления, по данным лабораторных анализов, лейкоцитурия, бактериурии, эритроцитурии, мочевины и креатинина сыворотки крови, а также сторон поражения. Точки отсечки результатов лабораторных анализов являются пределы нормальных значений. Все данные параметрических исследований представлены следующим образом ($M \pm SD$, Min, Max, OD, RR, AR, точка отсечки, AUC), не параметрических показателей (N, %, OD, RR, AR, CI, AUC).

Результаты исследования. Длительность заболевания имел следующие значения - $26,9 \pm 12,8$ (5 – 65, OR=2.35; RR=0.89, AR=0.46, точка отсечки 22,1, AUC = 76.9); ранее перенесенные операции – 92(30,3%), OR=8.49, RR=4.259, AR=0.56 [2.88-6.28], AUC 65,3); минимальная толщина почечной паренхимы – $7,82 \pm 3,31$ мм (4 – 12, OR=1,348; RR=0.74, AR=0.68, точка отсечки 6мм, AUC = 88.9); МДПЛ - $3,22 \pm 0,98$ см (1,17 – 6,22, OR=2,38; RR=0.77, AR=0.65, точка отсечки 3,11 см, AUC = 77.5); наличие камней в ЧЛС – 91(30,1%), OR=6.909, RR=1.449, AR=0.6 [1.163-2.95], AUC 67,1); 1ст гидронефроза – 165(54,4%), OR=3.317, RR=1.356, AR=0.576 [1.26-2,70], AUC 82,2); 2 ст гидронефроза-73 (24,09%), OR=3.439, RR=1.214, AR=0.862 [1.05-2,25] AUC 80); 3 ст гидронефроза-65 (21,5%), OR=19,385, RR=1.416, AR=0.682 [1.30-2,49] AUC 61); наличие функции-174 (57,4%), OR=5,25, RR=0.94, AR=0.81 [1.768-3,25] AUC 83); время появления функции- $39,8 \pm 13,1$ мин (7 – 190, OR=1,196; RR=0.77, AR=0.65, точка отсечки 15 мин, AUC = 69,8); лейкоцитурия- $103250,5 \pm 11257,3$ (500 – 1500000, OR=1,651; RR=0.68, AR=0.59, точка отсечки 9508, AUC =67,2); бактерияурия-68(22,4%), OR=1.257, RR=0.81, AR=0.313 [0.689-2,089], AUC 57,1); эритроцитурия- 23750 ± 3750 (250 – 145000, OR=1,221; RR=0.75, AR=0.57, точка отсечки 1500, AUC =62,6); мочевина- $9,51 \pm 2,85$ ммоль/л (6,7 – 12,4, OR=2,29; RR=0.77, AR=0.87, точка отсечки 8,2 ммоль/л, AUC =81,3); креатинин- $180,2 \pm 61,3$ мкмоль/л (120 – 240, OR=2,31; RR=0.79, AR=0.84, точка отсечки 110 мкмоль/л, AUC =83,9); обе стороны – 69(22,8%), OR=1.22, RR=1.531, AR=0.49 [1.25-2,09], AUC 66,9); унилатеральное – 149(49,2%), OR=2.25, RR=1.425, AR=0.826 [1.19-2,25], AUC 73,9); единственная почка – 41(13,5%), OR=2.36, RR=1.33, AR=0.68 [1.11-1,92], AUC 69,2); с компрометированной почкой – 44(14,5%), OR=1.15, RR=0.98, AR=0.77 [0.79-1,25], AUC 55,9).

Вывод: Степень гидронефроза и вместе с ним коррелирующая минимальная толщина почечной паренхимы, МДПЛ и мочевина с креатинином до точек отсечки являются значимыми факторами эффективности реконструктивных операций.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЦИСТОПАТИЕЙ.

Ходжиметов Т.А. Каххаров Д.У., Шавахабов Ш.Ш.

ГП «Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр урологии»

Ташкент, Узбекистан

Введение. В 1976 году датский уролог С. Frimodt-Moller изучая нарушения уродинамику нижних мочевых путей у больных сахарным диабетом (СД) предложил использовать термин «диабетическая цистопатия». Согласно гипотезе F. Daneshgari и соавт (2009г.)

ирритативные и обструктивные симптомы, являющиеся проявлением повышенной и сниженной сократительной активности детрузора при СД, являются двумя последовательными этапами развития проявлениями диабетической цистопатии (ДЦ). На ранней стадии ДЦ появляются симптомы гиперактивности мочевого пузыря (ГМП). Причины их появления – инициированная диабетической полиурией гипертрофия детрузора. Постепенно, по мере накопления токсических метаболитов и прогрессирования ангиопатии, происходит декомпенсация детрузора, клинически проявляющаяся затруднением оттока мочи из мочевого пузыря. Декомпенсированная стадия ДЦ может сопровождаться перерастяжением мочевого пузыря, вторичной мочевой инфекцией, нарушением функции почек, которые в значительной мере ухудшают качество жизни больных.

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения Солифенацин/тамсулозин (Везомни), Тамсулозина (Омник) и Нивалина (Галантамин) в лечении симптомов нижних мочевых путей (СНМТ) у мужчин с ДЦ для улучшения качества жизни этих пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 24 мужчин с СНМТ, страдающих СД в течение многих лет. Средний возраст больных составил 48 ± 12 год. При клиническом обследовании оценивали субъективную клиническую симптоматику ГМП, а также динамику СНМТ, выраженность которых определяли по шкале IPSS, шкале оценки симптомов ГМП (Nomma, 2003) и дневнику мочеиспусканий. Всем больным выполнены анализы мочи, крови (креатинин и уровень простата специфического антигена, проведены ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы и урофлоуметрия с определением остаточной мочи. При этом оценивали среднеэффективную емкость мочевого пузыря (СЕМП). Все пациенты, наряду с терапией основного заболевания, по показаниям получали Везомни в дозе 6мг/0,4 мг/сут и тамсулозин в дозе по 0,4 мг в режиме ежедневного 1 кратного перорального приема в течение месяца. Больным с декомпенсацией детрузора назначен нивалин по 15-45 мг/сут в течение месяца. Оценку качества жизни мужчин проводили с помощью анкеты КНҚ (King's Health Questionnaire).

Результаты: При приеме Везомни в течение месяца, больные отмечали улучшение в виде уменьшения частоты мочеиспускания на 20%, числа ургентных позывов на 31 %, увеличения СЕМП на 18%, а также увеличения максимальной скорости потока мочи (Qmax) на 23%. Сочетанная терапия тамсулозина и нивалина способствовало увеличения Qmax на 32%, уменьшения количества остаточной мочи на 26% у мужчин гипоконтрактивным детрузором. Побочные эффекты, такие как головокружение, наблюдались у 2 (8,3%) пациентов, сухость во рту – у 6 (25,0 %) и запоры - у 3 (12,5 %) пациентов. При медикаментозной

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

терапии улучшилось эмоциональное состояние больных, снизились тревожность и раздражительность ($t=2,44$; $p=0,015$), а также улучшилось качество сна ($t=2,35$; $p=0,019$).

Заключение Применения Везомни, а также комбинация тамсулозина с нивалином являются высокоэффективными и безопасными средствами в лечении СНМТ у мужчин с ДЦ. При этом отмечаются снижение ирритативных и обструктивных симптомов, что в значительной мере способствуют улучшению качества жизни больных СД.

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ

Шадманов М.А., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.
Андижанский государственный медицинский институт

При обструктивных пиелонефритах для устранения обструкций почек и верхних мочевых путей (ВМП), а также профилактики и ликвидации обструктивных осложнений необходимым является адекватная малоинвазивная деривация мочи.

Цель исследования - сравнительная характеристика различных методов деривации мочи при обструктивных пиелонефритах.

Материал и методы исследования. В клинике АГМИ отделения урологии с 2018 по 2021 годы под нашим наблюдением находились 112 больных с обструктивным пиелонефритом, которых мы распределили на 3 группы в зависимости от наличия обструкции и инфекции мочевых путей. 1-ую группу составили 70 пациентов с нефролитиазом. Больные 2 группы (24 пациентов) с гидронефрозом развившейся вследствие стриктуры пиело-уретрального сегмента. 3-ая группа (18 пациентов) с уретерогидронефрозом в результате перевязки и повреждения дистального отдела мочеточника при гинекологических операциях, ретроперитонеального фиброза, а так же больные с онкогинекологическими заболеваниями.

В комплекс диагностических мероприятий входили общеклинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые, рентгенологические и другие.

Результаты исследования. 112 больным мы применяли следующие малоинвазивные методы деривации мочи: перкутанная нефростомия у 70 больных, трансуретральная катетеризация мочеточника у 25 больных, стентирование почки у 17 больных.

После этих манипуляций у всех больных наблюдалось улучшение общего состояния и клинико-лабораторных показателей, уменьшение срока пребывания пациентов в стационаре.

По данным контрольных исследований в сроках от 3 до 6 месяцев хороший результат был зафиксирован в 89%, удовлетворительный - в 11% случаев.

После разрешения острого воспалительного процесса больным проводилась плановая ликвидация обструкции мочевых путей (открытая операция, эндоскопическая хирургия, дистанционная литотрипсия и другие.)

Вывод. Таким образом, эндоурологические методы лечения обструктивного пиелонефрита позволяют во-первых, восстановить пассаж мочи путем дренирования почки чрескожной пункционной нефростомией или внутренним стентом, во-вторых, в ликвидации обструкции тем или иным способом.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ

Шадманов М.А., Садикова Д.И., Бобоев Р.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Паранефрит является одной из актуальных проблем современной урологии, так как в последние годы возросло количество острых паранефритов, в основном за счет увеличения в 4-5 раз его гнойных форм. Эта патология является частным проявлением такой важной урологической проблемы как осложнённая инфекция мочевыводящих путей (ОИМП), составляющая 84-86% всех инфекций мочеполовых органов.

Цель работы: Ретроспективное изучение историй болезней больных с паранефритом и выявление оптимальных методов лечения.

Материал и методы исследования: Исследование базируется на анализе результатов лечения 15 больных, прооперированных по поводу паранефрита обширными 5 больными и 10 больными малоинвазивными оперативными методами, в отделении урологии клиники АндГосМИ с 2015 по 2021 гг.

Результаты исследования показали, что у больных, которым была проведена широкая тораколумболапаротомия послеоперационный период был длительным и протекал тяжело с обострениями признаков воспалений (периодическое повышение температуры тела до 38-39, недомогание, общую слабость). При традиционных оперативных вмешательствах у 2 больных наблюдался свищ, у 3 – гематурия и у 5 больных были отмечены длительные изнуряющие послеоперационные боли.

В работе были подсчитаны следующие средние показатели:

1. сроки дренирования раны – 7-10 дней
2. накладывание асептической повязки на рану – 15-18 дней, средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 3 дня
3. после операции – 10 дней.

Прием антибактериальных препаратов в зависимости от наличия или отсутствия инфекции до операции осуществлялся в среднем 5 дней, а после операции – 12-14 дней. Дренажи удалены на 5-14 сутки, в зависимости от продолжительности отделяемого. Конверсий и повторных операций пациентам не потребовалось.

У больных после дренирования гнойника свищи не наблюдались. Но гематурия и послеоперационные боли прослеживались у 8 больных в общей сложности. Выполнение эндоскопических операций 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.

Подсчитаны следующие средние показатели:

1. сроки дренирования раны – 6-8 дня
2. средняя продолжительность пребывания на койке до подготовки к операции – 2 дня
3. после операции – 5 дней.

Вывод: Дренирование позволяет сохранить орган, избежать открытой хирургической операции, не говоря уже о быстром "возврате в строй" и косметическом эффекте.

ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Эргашев Б.А., Хожибоев М.А., Ибрагимов Ф.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Ятрогенные повреждения мочеточников являются одним из самых тяжелых осложнений при оперативных вмешательствах на органах малого таза, на долю которых из всех травм нижних мочевыводящих путей (НМП) приходится до 75 %. Встречающийся характер интраоперационных травм мочеточника довольно разнообразный. Его перевязывают, прокалывают иглой, прошивают, раздавливают клеммой, электрокоагулируют, частично или полностью рассекают и даже резецируют.

Разработка и внедрение в повседневную медицинскую практику нового эндоскопического инструментария и оборудования позволяет по новому подойти к диагностике и лечению ряда заболеваний нижних мочевыводящих путей.

Цель: определить рациональное лечение стриктуры мочеточника.

Материал и методы исследования:

Истории болезни 36 больных с диагнозом "Стриктура мочеточника" проходивших стационарное лечение в отделение урологии АГМИ с 2013 по 2019 год, из них 32 женщин и 4 мужчин.

Результаты исследования: Из 36 больных с диагнозом "Стриктура мочеточника" всего у 12 больных был поставлен диагноз частичная стриктура мочеточника. Поэтому для дальнейших исследований были взяты только данные больные, причём у 7 больных стриктура определялась в юкставезикальном отделе, у 5 в инфравезикальной части мочеточника. Данным больным произведено бужирование, наряду с антибактериальной терапией и лимфостимуляцией. После выписки больных рецидивы у 7 больных не наблюдались течение 2 года, у 3 больных через 1 год и у 2-х больных через 6 месяцев.

Вывод: Из вышеперечисленного следует, что своевременное обращение пациентов к специалистам и адекватное применение бужирования в сочетании с антибактериальной терапией и лимфостимуляцией залог успешного лечения при частичных стриктурах

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ЛПУ

Юсупов К.М., Салиева М.Х., Мамажанова М.М., Авазбеков А.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека, характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, большими физическими нагрузками и выносливостью. К медицинским работникам предъявляют повышенные требования, включающие объем оперативной и долговременной памяти, внимание, высокую трудоспособность в экстремальных условиях.

Цель исследования. Изучить некоторые факторы риска врачей в стационаре.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ литературных данных факторов риска для медперсонала ЛПУ.

Результаты исследования. Факторы профессиональной вредности медицинского персонала различного профиля можно классифицировать на: механические, физические, химические, биологические и психогенные факторы. К механическим факторам можно отнести вынужденное положение тела или напряжение отдельных органов и систем.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Особенно эта группа факторов имеет отношение к медперсоналу хирургического профиля (хирургам, акушерам-гинекологам, операционным сестрам, анестезиологам, физиотерапевтам и массажистам). Почти вся оперирующая бригада стоит, склонившись над операционным столом, с вынесенными вперед руками, с наклоненной головой, округлой спиной. Длительное статическое мышечное напряжение сопровождается тоническими и тетоническими сокращениями мышц. При длительном стоянии во время операции в нижних конечностях наблюдается застой крови, объем голени увеличивается почти на один сантиметр, а площадь стопы — почти на 5 %, что ведет к развитию варикозного расширения вен нижних конечностей и тромбофлебита, а застой крови в области таза — к развитию геморроя. По роду деятельности на медицинского работника, провизора и фармацевта воздействует комплекс факторов физической, химической, биологической природы. Медики испытывают высокое нервно-эмоциональное напряжение, в процессе профессиональной деятельности подвергаются функциональному перенапряжению отдельных органов и систем организма (от функционального перенапряжения опорно-двигательного аппарата до перенапряжения органа зрения). Статистика профессиональных заболеваний медработников: воздействие биологических факторов — 63,6%; аллергия — 22,6%; заболевания токсико-химической этиологии — 10%; перенапряжение отдельных органов и систем организма — 3%; воздействие физических факторов (шума, ультразвука, рентгеновского излучения) — 0,5%; новообразования — 0,25%. Специфика профессиональных обязанностей медработников подразумевает наличие и других факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье: перемещение тяжестей, загрязнение атмосферного воздуха, шум, водоснабжение, контакт с отходами, воздействие токсических веществ, ионизирующей радиации, канцерогенных веществ, обслуживание большого количества пациентов, отсутствие комнат психологической разгрузки. Самое частое проявление негативного влияния токсичных веществ — «профессиональный дерматит». во время процедуры «сбрасывания» лекарственного раствора и пузырьков воздуха из шприца через инъекционную иглу в зоне дыхания медицинской сестры образуются полидисперсные аэрозоли с размерами частиц от 0,1 до 0,25 мкм, а содержание антибиотика в воздухе процедурной при многократных манипуляциях может превышать ПДК. Кожные проявления отличаются большим разнообразием и регистрируются в виде дерматитов, экземы, крапивницы и др. Изменения со стороны внутренних органов выражаются в астматических бронхитах и бронхиальной астме, хронических колитах, миокардитах и др. Патология нервной системы проявляется дистонией, полиневралгией.

Выводы. Меры профилактики должны быть направлены на замену препаратов на менее токсичные, применение СИЗ, соблюдение всех требований по хранению и использованию, приготовлению дезрастворов с соблюдением всех санитарно-гигиенических требований.

INNOVATSION TEXNOLOGIYA TA'LIM JARAYONINING ASOSI SIFATIDA

Rahmatova Z.M.

ADTI O'zbek tili va adabiyoti, tillar kafedrasida katta o'qituvchisi

O'zbekiston taraqqiyotida xalqning boy ma'naviy salohiyoti va umuminsoniy qadriyatlariga hamda hozirgi zamon madaniyati, iqtisodiyoti, ilmi, texnikasi va texnologiyasining so'nggi yutuqlariga asoslangan mukammal ta'lim tizimini barpo etish dolzarb ahamiyatga ega.

Zamonaviy bozor sharoitida OTM larning raqobatbardoshligi uning tegishli ta'lim xizmatlarini ko'rsatish qobiliyati bilan belgilanadi, uni amalga oshirish o'quv

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

jarayoniga, jumladan, internet texnologiyalariga asoslangan innovatsiyalarni joriy etish bilan bog'liq. Gap yangi turdagi ta'lim elementi – innovatsion universitetni shakllantirish haqida bormoqda, uning asosiy vazifasi kadrlar tayyorlash sifatini oshirish, pedagogik jarayonni har bir talabaning shaxsiyatiga o'ziga xos yo'naltirish, o'ziga xos xususiyatga ega bo'lish, uning intellektual, aqliy va ijodiy salohiyatini tabiiy ravishda rivojlantirish. Ta'lim jarayoni bir joyda turmaydi, iqtisodiy kategoriyalarning (innovatsiyalar, innovatsion texnologiyalar) ilmiy bilimlar sohasida qo'llanilishi pedagogik jarayonni takomillashtirishni izlash ta'lim jarayoni rivojlanishining tabiiy jarayoni ekanligini ko'rsatadi.

Innovatsion ta'limning asosiy tushunchasi OTMning innovatsion ta'lim faoliyati ko'rsatkichi bo'lgan "inson omili" hisoblanadi.

"Innovatsiya" atamasi birinchi marta avstriyalik iqtisodchi J.Shumpeterning ilmiy ishlarida (lot. "novatio" – "yangilanish", "o'zgarish")

kuzatilgan. So'nggi yillarda ta'lim sohasidagi innovatsiyalar muammosi mahalliy psixolog va pedagoglarning ishlarida ko'rib chiqilmoqda. Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, pedagogikada innovatsiyalarning paydo bo'lishi

uning rivojlanishiga sezilarli ta'sir ko'rsatdi, ta'lim sifatini oshirish, shuningdek, o'quv jarayonini optimallashtirish muammolarini hal qilishda tizimli ijodiy yondashuvni belgilab berdi.

Ta'lim jarayoni va amaliyoti sohasida innovatsiya hodisasini o'rganishda pedagogik ixtironing innovatsion xususiyatga ega bo'lgan xususiyatlariga alohida e'tibor beriladi. V.A. Slastenin, I.F. Isayev ulardan quyidagilarni ajratib ko'rsatadi:

- ushbu yangilikni qo'llash sohasida shuhrat ko'rsatkichi bo'lgan yangilik;
- natijalarga erishish uchun kuch va vositalarni sarflash darajasini belgilovchi optimallik;
- pedagoglar faoliyatida ijobiy natijalar barqarorligi bilan tavsiflangan samaradorlik;
- ommaviy tajribada assimilyatsiya qilish imkoniyati.

Pedagogik innovatsiya tadqiqotchilari innovatsion jarayonlarning ikki turini ajratadilar:

Birinchi tur - innovatsiyalar o'z-o'zidan, ularga bo'lgan ehtiyoj alohida e'tiborga olinmasdan, innovatsion jarayonni amalga oshirishning barcha shart-sharoitlari, vositalari va usullari tizimidan xabardor bo'lmasdan sodir bo'ladigan innovatsiyalar;

Ikkinchi tur - bu ongli, maqsadli, ilmiy asoslangan faoliyat mahsuli bo'lgan innovatsiya.

Innovatsion pedagogik jarayonni xarakterlovchi shaxsning o'zini o'zi boshqarishi va o'zini o'zi tashkil qilishidir.

Ta'limga innovatsion texnologiyalarni joriy etish zamonaviy ta'lim texnologiyalari asosida o'qitishga yangicha yondashuvlarni talab qiladi. Ta'lim texnologiyasi - bu ba'zi bir ta'lim hodisasining ko'rsatilgan xususiyatlarini (bitiruvchilarning ma'lum fazilatlarini, ta'lim mazmuni, pedagoglarning malakasini oshirish va boshqalar) olishni belgilovchi vositalar tizimini ta'limda maqsadli qo'llashdir. Zamonaviy ta'lim texnologiyalari, eng avvalo, har bir o'quvchi shaxsining ijodiy rivojlanishiga hissa qo'shadigan ijodiy ta'limga xizmat qilishi kerak.

PEDAGOG FAOLIYATIDA KREATIVLIK TUSHUNCHASI

Rahmatova Z.M.

ADTI O'zbek tili va adabiyoti, tillar kafedrasida katta o'qituvchisi

Globalashuv sharoitida mustaqil fikrlovchi, ijodkor shaxsni tarbiyalab voyaga yetkazishni ifodalovchi ijtimoiy-pedagogik talab yangi tamoyillar bilan boyitilgan holda takomillashuvga erishib bormoqda. Agarda mustaqil fikrlovchi, ijodkor shaxsni tarbiyalab voyaga yetkazish talabi pedagogik fikrlar va maktablar taraqqiyoti tarixining dastlabki bosqichlarida ijtimoiy subyektning

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

estetik hissiyotlarga boy bo'lishiga erishish negizida qondirilgan. Kishilik munosabatlari tarixining keyingi davrlarida shaxs faoliyatining o'ziga xos orginal, juz'iy g'oyalarga ega bo'lishiga erishish bilan tavsiflangan.

Pedagogning kreativlik sifatlariga ega bo'lishi uning shaxsiy qobiliyatlari va kasbiy faoliyatini sifatli, samarali tashkil etishga zamin yaratadi. O'qitishning didaktik ta'minotini kreativ yondashuv asosida tashkil etish dars jarayoni samaradorligini kafolatlaydi

Kreativlik- pedagogning jarayonga ijodiy yondoshuviga aytiladi. Kreativlik termini angliya-amerika psixologiyasida 60-yillarda paydo bo'ldi. U individning yangi tushuncha yaratishi va yangi ko'nikmalar hosil qilish qobiliyati, xislatini bildiradi. J.Gilford kreativlikni tavsiflaydigan qator individual qobiliyatlarni ko'rsatadi: • fikr ravonligi; • fikrni maqsadga muvofiq yo'llay olishi; • o'ziga xoslik (originallik); • qiziquvchanlik; • farazlar yaratish qobiliyati; • xayol qila olish, fantastlik (fantaziya.)

(lot. sreo — ijod qilish, yaratish) — yangi noodatiy muammo va vaziyatlarga olib keladigan ijodkorlik. Ijodiy qobiliyat individlar tafakkurida, ularning ish faoliyatida, san'at asarlari, boshqa moddiy va ruhiy madaniyat mahsulotlarini yaratishda namoyon bo'lishi mumkin.

Dastlab bu termin XX asr o'rtalarida amerikalik psixolog Djoe Pol Gilford tomonidan o'rganilgan.

Kreativlik keng ma'noda — bu nostandart, zukko, muammolarni mohirona yecha oladigan, ixtisoslashtirilmagan resurslar yoki asboblarning yordamida yangi mahsulotlar yaratish.

Kundalik turmushimizda bu so'zga yaqin tushuncha topqirlik bilan ham qo'llanadi. Kreativ qobiliyatning kelib chiqishi bo'yicha turli nuqtai nazarlar mavjud. Kreativ fikrlash taxminan 50 ming yil avval to'satdan genetik mutatsiyalar natijasida paydo bo'lgan degan qarashlar ham mavjud.

O'tgan asrning 90- yillarida rus tilida reklamachilarning ta'miri bilan yangi so'z "kreativlik" tushunchasi paydo bo'lgan. U reklama matnlariga bog'liq ijodiy g'oyalar bilan birikkan.

Psixologiya nuqtai nazardan, **kreativlik** – bu nostandart fikrlovchi, muammoni turli tomonlardan ko'ra oladigan inson.

Kreativlik shaxsiy xususiyatlar sifatida psixologiyada o'rganiladi.

Psixologlar shaxs **kreativligida quyidagi xususiyatlarni ajratadi:**

1. Intellect darajasining yetarliligi.
2. Noaniq holatlarda harakat qila oladigan egiluvchan tafakkur, o'rnatilgan, o'ylangan, avval yozilganlar doirasidan chiqib keta olish.
3. Ijodkorlikni hayotiy tamoyili, ichki harakatlanuvchi kuch sifatida belgilash, buning natijasida kreativlik hayotning barcha sohalarida namoyon bo'ladi.

Bir qarashda ta'lim jarayonini kreativ g'oyalar asosida tashkil etish o'quv dasturida belgilangan talablardan chetga chiqishdek tasavvur qoldiradi. Biroq, kreativlik, ijodiy yondashish o'quv mashg'ulotlarini mavjud Davlat ta'lim standartlari (DTS) ga moslashtirish, qolaversa, o'qituvchilardan o'qitish jarayoniga nisbatan kreativ, ijodiy yondashuvni ta'minlashga xizmat qiladigan metod, usul va vositalar mashg'ulotlarni metodik jihatdan samarali, to'g'ri olib borilishini ta'minlaydi.

Pedagogik nuqtai nazardan ta'lim mazmunini shakllantirish quyidagi uch bosqichda amalga oshiriladi:

- umumiy nazariy bosqich;
- o'quv bosqichi;
- o'quv materialini o'zlashtirish bosqichi.

O'quv materialini o'zlashtirish bosqichida ta'lim mazmunining o'quv modul (fan)lari bo'yicha yaratilgan DTS, o'quv rejasi va o'quv dasturi kabi me'yoriy hujjatlar, shuningdek, o'quv manbalari (darslik, o'quv va metodik qo'llanma, yuriqnoma, tavsiyanoma va shu kabilar) da aks etishni ta'minlanadi.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Shunday ekan, inson qaysi sohada faoliyat olib borishidan qat'iy nazar o'z kreativligini boyitishi kerak. Ayniqsa, bu pedagogik jarayonda muhim sanaladi. Pedagog har jabhada o'quvchi qalbiga yo'l topa olishi, uni hayotga qiziqishini kuchaytirishi, vatan oldidagi burchini to'liq his qilishga tayyorlashi kerak.

OKSALAT NEFROPATIYALI BOLALARDA PARHEZNI OPTIMALLASHTIRISH

Tajieva Z.B., Rajabova D.O., Yuldasheva L.O.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Kirish. So'nggi yillarda, zamonaviy bolalar nefrologiyasida, dismetabolik nefropatiyalarni davolashda bir qancha yutuqlarga erishilganligiga qaramasdan, davolash usullarini shakllantirish muhim bo'lib qolmoqda, shuningdek, kasallikning og'ir asoratlarini oldini olish, kasallik profilaktikasi bo'yicha foydali tadbirlarni tadbiq etish muhim bo'lib qolmoqda. Boshqa bir qator mualliflar fikriga ko'ra, dismetabolik nefropatiyalarning rivojlanishida endogen omillarning ham o'rni yuqori bo'ladi. Dismetabolik nefropatiyaning eng keng tarqalgan turlari oksalatli nefropatiya hisoblanadi. Oksalatli nefropatiya ko'pincha interstitsial nefrit (IN) kelib chiqishiga sabab buladi va unga ikkilamchi infeksiya qo'shilishi natijasida pelonefritga sabab bo'ladi.

Dismetabolik nefropatiyani davolashning asosi parhezdir. Bolaning menyusi tarkibida kam miqdorda tuz saqlovchi, uning salomatligi uchun havfli bo'lgan moddalar va tuz cho'kindilarining yo'qolishiga yordam beruvchi mahsulotlar bo'lishi kerak.

Tadqiqot maqsadi. Regional xususiyatlarini e'tiborga olgan holda Xorazm viloyatida yetishtiriladigan mahsulotlardan shavel kislotasi va tuzni oz miqdorda o'z ichiga olgan parhez taomlarni kiritish orqali bolalarning sog'lig'ini yaxshilash.

Materiallar va usullar. Xorazm viloyati Urganch shahar 3-son oilaviy poliklinikasi va Shovot tumani ko'p tarmoqli markaziy poliklinikasi umumiy amaliyot shifokorlari bilan birgalikda 3 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan oksalat nefropatiyali 200 nafar bolalar nazoratga olindi va ularga ishlab chiqilgan 7 kunlik davolovchi parhezni tavsiya qilindi. Tadqiqot 2018 yildan 2021 yilgacha o'tkazildi. Barcha bolalarda buyraklarning ultratovush tekshiruvi, siydikning umumiy taxlili, qonning umumiy va biokimyoviy taxlillari o'tkazildi. Siydikdagi oksalat tuzlarining (sifatli) darajasi davolanishdan oldin va keyin aniqlandi.

Natijalar. Regional xususiyatlarini e'tiborga olgan holda oksalat nefropatiyali bolalar uchun 7 kunlik davolovchi parhezni ishlab chiqish va oksalatli nefropatiya bor bolalar ovqatlanishini optimallashtirish. Parhezni ishlab chiqishda 3 ta qoidaga asoslanildi: parhezni tuzishda shaxsiy yondashuv, umumiy tavsiyalarga asoslanib bemor bolalarni ehtiyojlarini qondirish, biologik qiymati bola yoshiga mos ravishda belgilanib, tarkibida shavel kislotasi yuq bo'lgan va tez hazm bo'luvchi mahsulotlarni qo'llash. Bolalar ikki guruxga bo'lindi: birinchi guruh – dieta tavsiya qilinmagan bolalar (n = 50), ikkinchi guruh - maxsus dieta buyurilgan bolalar (n = 150). Tarkibida shavel kislotasi ko'p miqdorda mavjud bo'lgan mahsulotlar siydigida oksalat tuzlari chiqqan bolalarning ovqat ratsionidan olib tashlandi: ismaloq, baklagiller, sitrus mevalar, shokolad, gazlangan ichimliklar, olma nordon navlari, olxo'ri. Bolalarning kundalik ratsionida sut kislotasi, jigar, kartoshka va karam kabi oziq-ovqat mavjud. Har bir bola uchun haftalik dieta berildi. Ovqatlanish ratsioniga bolalarga kun davomida, ayniqsa, kechqurun bolaning yoshiga qarab 1,5 litrgacha tozalangan (minerallashtirilgan suv bo'lsa ham bo'ladi) ko'p miqdorda suyuqlik ichishni tavsiya qildik. Bola qancha ko'p suyuqlik iste'mol qilsa, u ko'p siydik ajratadi, oqibatda– organizmdagi ortiqcha tuzlar yuviladi. Davolanishdan oldin barcha bolalarning siydik taxlilida oksalat tuzlari 4 va undan ortiq plyus aniqlandi. Tanlangan bolalarning (58%) siydik tarkibida oksalat tuzlari

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

juda ko'p miqdordaligi aniqlandi. Maxsus parhezdan so'ng siydik tarkibidagi oksalat tuzlari $0,4 \pm 0,2$ ni tashkil etdi. Dieta berilmagan bolalarning siydik tarkibidagi oksalat tuzlari $2,5 \pm 0,3$ edi. Davolashdan oldin asosiy guruhdagi bolalarda KFT o'rtacha ko'rsatkichga ega bo'lgan.

Xulosa. Dietani ishlab chiqish va tuzishdan oldin mahsulot tarkibidagi oksalat tuzlarining miqdoriga e'tibor berish kerak. Metabolik kasalliklarni tuzatish nafaqat bolalardagi dismetabolik nefropatiya bilan metabolik jarayonlarni tiklashga yordam beradi, balki surunkali buyrak kasalliklarning rivojlanishini ham oldini olishga yordam beradi. Bolalar uchun parhezni tuzishda mintaqaviy xududni va shu xududdagi oziq-ovqat mahsulotlarini xususiyatlarni hisobga olgan holda iste'mol qilish tavsiya etiladi.

ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШ

Абдулазизов С.А., Тоиров О., Сайфетдинов С.С, Хужамбердиев У.Э..
Андижон давлат тиббиёт институти

Хомиладорликда уродинамикани бузилиши буйракни косача-жомча системасида сийдик димланиши, буйрак паренхимасида йирингли жараёнлар ва уросепсисга олиб келади. Сийдик оқимини тиклаш усуллари, уни бажариш муддатлари ҳозирги вақтгача муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: хомиладорлик пиелонефритини самарали даволаш усуллари аниқлаш.

Текширув материали ва усуллари: АДТИ урология бўлимида 2018-2021 йилларда 325 нафар бемор ўткир обструктив пиелонефрит билан ётиб даволанган. Уларни ёши 18 дан 39 ёшгача. Булардан 210 таси ўнг томонлама, 115 таси чап томонлама ўткир пиелонефрит ташхиси билан даволанган. Ташхис қўйиш учун умумклиник, лаборатор, ультратовуш, эндоскопик текширувлардан фойдаланилди.

Текширув натижаси: шуни кўрсатдики барча беморларда пиурия, бактериурия, қонда лейкоцитар формулани чапга силжиши ва ЭЧТ ни ортиши, қонда мочевина креатинин миқдорини ортиши кузатилди.

Беморларга тиббий ёрдам бериш учун 3 гуруҳга бўлди.

1. Қисман пиелоколикоектазияси бор беморлар (81).
2. Қисман пиелоектазияси бор беморлар (92).
3. 152 та беморда ривожланган пиелоектазия ифодаланган.

1-гуруҳдаги беморларни даволашга спазмолитиклар, холатига қараб тизза- тирсак холатида туриш, беморни соғлом томонга ёнбошлатиш.

2-гуруҳдаги беморларга сийдик найи катетеризацияси ёки стент қўйилди.

3-гуруҳдаги беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилди ва антибактериал муолажалар олди. Беморларга перкутан нефростомия ташрихи ўтказилгандан сўнг ўткир яллиғланиш белгилари ва оғриқлар йўқолди. Тана харорати меъёрлашди. Умумий ахволи яхшиланди.

Хулоса: текширувларимизга асосланиб, буйракни ўз вақтида ва тўғри дренажлаш хомиладорликни енгил ўтишида, хомилани ўз вақтида ва асоратсиз туғилишида муҳим аҳамиятга эга.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

АЁЛЛАР УРЕТРАСИ ПОЛИПИДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Бобоев Р.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Уретра полипи аёллар пешоб чиқариш найининг нисбатан кенг тарқалган хавфсиз ўсмаси ҳисобланади ва пациентларнинг рухий статусига таъсир қилади, хаёт тарзининг сифатини ўзгартиради. Полиплар аксарият ҳолларда уретранинг ташқи чиқарув тешиги соҳасида жойлашади, клиник жиҳатдан пешоб келганда ачишиш, санчиқ беради, поллакурия, странгурия, уретроррагия ва сийдикнинг димланишига олиб келади. Уретра полипларининг сабаблари кам ўрганилган ва ноаниқлигича қолмоқди. Аксарият илмий тадқиқотларда кўрсатилишича, уретранинг полиплари аксарият ҳолларда хавфсиз ўсма ҳисобланмасдан, уретра девори таркибидаги мезенхимал тўқималар ва эпителийнинг номалум сабабларга кўра ўзаро муносабати бузилишидан, эпителийнинг ўчоқли ҳолда пролиферацияланиш билан белгиланадиган гиперпластик жараён ҳисобланади. Бу жараённинг сабаби сифатида аёлларда урогенитал соҳа эпителийсининг дисгормонал ўзгариши ва сурункали инфекцион яллиғланишли жараёнлар аҳамиятли деб тасдиқлайди

Тадқиқот мақсади: аёллар уретраси полипидаги патоморфологик ўзгаришларни аниқлаш.

Текширув материали ва усуллари: Аёллар уретраси қопловчи эпителийсида юз берадиган патоморфологик ва иммуногистокимёвий ўзгаришларни аниқлаш учун, дастлаб назорат гуруҳи сифатида уретрада ҳеч қандай патологияси йўқ инсонлардан олинган биопсия материали ўрганилди. Кейин, уретра полипининг клиник-морфологик формалари ва ривожланиш давлари бўйича уретра полипи юзасини қоплаган эпителийсидаги патоморфологик ва иммуногистокимёвий ўзгаришлар бир-бири билан солиштирилган ҳолда ўрганилди. Материал сифатида Андижон вилояти кўп тармоқли касалхонанинг урология бўлимида 2018-2021 йилларда даволанишдан ўтган касаллардан олинган 32та биопсия материали гистологик жиҳатдан ўрганилди. Биопсия бўлакчалари 48 соат давомида формалиннинг 10% эритмасида қоритилгандан кейин, концентрацияси ошиб борган спиртларда сувсизлантирилди ва парафин куйилиб, ғишчалар тайёрланди. Парафинли ғишчалардан 4-5 мкмли гистологик кесмалар тайёрланиб, гематокилин-эозин, ван-Гизон бўёқларида бўялди ва Vc1-2 маркерига иммуногистокимёвий текширув ўтказилди, ёруғлик микроскоп остида кўрилди, келакли соҳалари расмга туширилди.

Текширув натижаси: Назорат гуруҳ аёлларлар уретра шиллик пардаси қопловчи эпителийси одатдагидай кўп қаватли ўзгарувчан эпителийдан иборатлиги ва унинг базал қаватда жойлашган эпителий хужайралари нисбатан йирик, гиперхромли, базал мембранага тизилиб жойлашганлиги, ядроларининг аксарияти авал ва чўзинчақ шаклдалиги аниқланди. Кўп қаватли эпителийнинг юза қатламларида хужайралар нисбатан сийраклашганлиги, ядролари ҳам ўлчамлари кичиклашганлиги, ҳам бўялиши очлашганлиги, жойланиши яссиланганлиги кузатилди.

Полип ривожланишининг дастлабки даври ўзгарувчан эпителийда метапластик жараёнларнинг пайдо бўлиши билан белгиланади. Бунда кўп қаватли эпителий қатламлари сони ошади, юза қаватлар эпителийси яссиланиб, хужайралар цитоплазмасида гликоген ва прокератин микдорининг кўпайиши ҳисобига пуфакчасимон кўринишга киради. Иммуногистокимёвий текшириш натижасида шу ҳолат аниқландики, уретра полипи шиллик пардаси кўп қаватли ўзгарувчан эпителийсининг пролифератив фаоллиги ошганлиги сабабли

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

базал қисмида кучли акантоз ривожланиб, базал қават эпителийси остидаги бириктирувчи тўқимали қаватга тўплам-тўплам бўлиб ўсиб кирганлиги кузатилади.

Микроскопнинг катта объективида ўрганилганда уретра полипи шиллиқ пардаси қопловчи эпителийси базал қават эпителийсидан ташқари деярлик барча ўрта ва юзаки қаватлар эпителийси метаплазияга учраганлиги, яъни ҳам яссиланиб, ҳам гидропик дистрофияга учраш вакуоллашганлиги аниқланди.

Уретра полипи шиллиқ пардаси қопловчи эпителийси хужайралари кўриниши ва шаклининг ўзгариши даврида ўзгарувчан эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланганлиги ва деярлик барча хужайраларининг вертикал ҳолда жойлашганлиги аниқланди. Базал қават хужайралари нисбатан майда ва тўқ бўялган эпителийдан иборатлиги, юза қатламлар хужайралари нисбатан йирикроқ ва цитоплазмасида кератогиалиннинг кўпайиши ҳисобига шишиб, йириклашганлиги кузатилди.

Хулоса: Уретра полипининг дифференциалланган даврида эпителийнинг барча қаватлари хужайраларида пролифератив фаоллик ва метаплазия ривожланганлиги, хусусий пластинкасида аллиғланиш мавжудлиги аниқланди

ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХИТ ВА УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ ЙЎТАЛ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДАГИ ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Жуманазарова Г.У., Тажиева З.Б.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Мавзунинг долзарблиги. Ёш болаларда нафас олиш патологияси билан касалланиш болалар пулмонологиясининг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Нафас олиш тизими касалликлари органлар ва тизимларнинг функционал бузилишлари билан кечадиган, энг кам ўрганилган, нафас олиш билан чамбарчас боғлиқ бўлган ва танани кислород билан таъминлашда бевосита иштирок этадиган юрак-қон томир тизимини ҳам жалб қилиниши билан кечадиган касаллик бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади. Узоқ давом этадиган йўтал билан кечадиган қайталанувчи бронхитли болаларда юрак-қон томир тизимидаги функционал ўзгаришларнинг хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Биз ҳозирда ҳаётининг дастлабки 3 йилидаги Қайталанувчи бронхит (РБ) ташхиси билан, чақалоқлар бўлимида ётган 45 нафар қайталанувчи бронхит билан ётган бемор болаларни текширдик, улардан 25 нафари 1 ёшгача, 12 нафари 2 ёшгача ва 8 нафари 3 ёшгача бўлган болалар. Болалар 2 та гуруҳга бўлиб ўрганилди. 1 гуруҳга – ЭКГ текширувларида юрак ўзгариши билан Қайталанувчи бронхит аниқлангани -30 та, 2 гуруҳи эса ЭКГ текширувларида юрак ўзгаришисиз кечаётган Қайталанувчи бронхит аниқлангани -15та болада кузатилди. Текширувдаги болаларни 28 тасини ўғил ва 17 тасини қиз болалар ташкил қилади. Мақсадни амалга ошириш учун яна Клиник -анамнестик, функционал ва инструментал (ЭКГ ЭСХОКГ) текширувлар, тор мутахассислар маслаҳатлари (КББ, невропатолог, окулист.) ва ота-оналаридан олинган сўровномаларидан

Натижалар ва муҳокамалар. Ўрганиш натижасида 37 болада анте- ва интранатал гипоксиянинг комбинацияси қайд этилган. Текширувдаги болаларнинг 15% тўлиқ муддатида туғилган лекин тана вазни паст яъни 2200-2500 г, 15% юқори тана вазнига эга бўлган яъни 3300-3500 г. Болаларнинг 65% и муддатидан олдин туғилган бўлиб, улардан 3 нафари жуда паст вазнда бўлган 1200-1500 г. Электрокардиографик маълумотларни ўрганишда юрак-қон томир тизимининг турли даражадаги функционал бузилишларининг белгилари 1-гуруҳ

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

болаларида - 90,2% ҳолатда аниқланди. Болаларда юрак-қон томир тизимининг функционал бузилишларининг асосий белгилари бўлган цианоз (86,4%), тери қопламанинг "мармарсимонлиги" (84,7%), юрак бўғиқ товушларининг (37,3%) акцентацияга (30,5%) ўзгариши, брадикардия (23,7%) ва тахикардия (22,0%), аритмия (22,0%) ва миокард қоринча реполяризациясининг бузилиши (100%) кузатилган. Ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши янги туғилган тўлиқ муддатли чақалоқларнинг 85,7 фоизи ва эрта туғилган чақалоқларнинг 80 фоизида перинатал марказий асаб тизимининг шикастланиши билан кузатилган. Қоринча экстрасистолияси фақат эрта туғилган чақалоқларда кузатилди. Юрак аритмиялари тузилишининг бузилиши қуйидагича: синус тахикардия ёки аритмия - 25, синус брадикардия - 6, экстрасистола - 3, суправентрикуляр пароксизмал тахикардия - 3, эктопик ритм - 2, синус тугунининг кучсизлиги синдроми - 1, синдром – WPW-1, атриовентрикуляр блокада - 1 болада кузатилган. Болаларнинг 2/3 қисмида СТ сегментининг депрессияси, инверсияси ва Т тўлқинининг амплитудасининг пасайиши қайд этилган, буни эрта неонатал даврдаги болаларда кучлироқ ифодалангани кузатилган.

Хулоса. Юрак-қон томир тизимининг турли даражадаги функционал бузилиши белгилари 1- гуруҳдаги болаларнинг 90,2% да аниқланган. Касаллик болаларда юрак-қон томир тизимининг функционал бузилишларининг асосий белгилари билан кечган. Ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши янги туғилган тўлиқ муддатли чақалоқларнинг 85,7 фоизи ва эрта туғилган чақалоқларнинг 80 фоизида перинатал марказий асаб тизимининг шикастланиши билан кузатилган. Шундай экан, болаларда юрак уриш тезлигини автоном тартибга солиш бугунги кунда нафақат педиатрлар, балки умуман тор мутахассислар учун ҳам долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

ОДАМ СИЙДИК АЖРАТИШ ЙЎЛЛАРИ ДЕВОРИДАГИ ЛИМФОИД ТУГУНЛАРИ АНАТОМИЯСИ

Қахаров З.А., Абдулазизов С.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқот долзарблиги. Инсон иммун тизими экзо-эндоген ёт таъсирлардан химоя қилиши муаммолари тиббиёт амалиёт учун энг марказий масаладир.

Бу борада ички аъзолар шиллик қаватда жойлашган периферик иммун аъзолар ёт генетик моддаларни организмга шиллик қават орқали кириш йўлларидаги тўсиқлар ҳисобланади. (Сапин М.Р.)

Хозирги даврда нафас йўллари ва ошқозон ичак системаси шиллик қавати иммун тизими функционал анатомиясини ўрганишда бир қатор ютуқларга эришилган. (Хатамов Э.А., Юнусов Р.М.). Адабиётларда сийдик ажратиш йўлларидаги лимфа тўқималарга бағишланган тадқиқотлар кам учрайди. Бу муаммо сийдик ажратиш тизими шиллик қавати лимфа тўқималарининг анатомо-топографик хусусиятларини чуқур таҳлил қилинишига ундайди. Шундагина ички аъзолар шиллик қавати лимфа тизими ҳақида тўлиқ тасаввурга эга бўлинади. Тадқиқот мақсади. Сийдик ажратиш йўллари деворидаги лимфоид тугунларининг морфометрик кўрсаткичларини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. Сийдик пуфаги, сийдик найлари, сийдик канали лимфоид тугунларини гемотокселин - эозин билан бўяб ўрганиш.

Материаллар ва текшириш усуллар. Хозирги бажарилган текширувлар Сеченов нимидаги Москва давлат университети базасида турли ёшдаги одамларнинг тасодифий сабабларга кўра

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

вафот этган ва ўлим вақтида сийдик ажратиш системасида яллиғланиш касалликлари ва шикастланиши бўлмаган 105 нафар инсонлар жасадидан олиниб таёрланган препаратларда бажарилган. Барча препаратлар Т. Хеллман усули бўйича бўйлиб гистологик кесмалар Ван Гисон усулида, гематоксилин - эозин бўйича бўйланган. Рақамли морфометрик маълумотлар ўзгарувчанлик статистикаси усули билан ўртача арифметик (\bar{X}) ва унинг хатосини (S_x) олиш билан қайта ишланган.

Лимфоид тўқималарнинг биринчи кичик тўплами бола туғилгандан кейин 7-10 кунларда сийдик пуфаги бўйин қисмида топилади. Чақалоқ ҳаётининг (10 кундан - 1 ёшгача), сийдик пуфаги деворларида лимфоид тугунчалар сони тез кўпаяди. Бир неча ой ичида лимфоид тугунлари сони бир неча бор ортади. Ҳаётнинг биринчи йилида лимфоид тугунлари сийдик пуфагининг барча қисмларининг деворларида пайдо бўлади; сийдик пуфаги учбурчаги, бўйин, танаси ва гумбаз қисмида. Эрта болалик даврида (1-3 ёш) лимфоид тугунлар сони ўсишда давом этади.

Туғилгандан кейинги дастлабки 10 кун ичида (неонатал даврда) сийдик найлари девори шиллиқ ости қаватида лимфоид тўплamlари аниқланмаган. Улар бироз кейинроқ, ҳаётнинг биринчи йилида (чақалоқлик даврида) битта сийдик найларида 2-3 дан 10-11 тагача пайдо бўлади. Кейин уларнинг сони тез ўсиб боради ва кейинги ёш даврида (эрта болалик) чақалоқлик давридагидан деярли 1,5-2 бараварга ошади. 4-7 ёшли болаларда лимфоид тугунчалар сони бироз кўпаяди ва кексалик даврига қадар тахминан бир хил даражада қолади (ўртача 11-14 дона). Ва фақат 75 ёшдан кейин лимфоид тугунчалар сони чап сийдик найида 8 тагача ва ўнгда 7 гача камаяди.

Сийдик найлари деворидаги шунингдек, сийдик пуфагидаги лимфоид тўплamlар, тугунчалар ҳажми жуда кенг доирада ўзгариб туради. Сийдик найлари лимфоид тугунчаларнинг кўндаланг ўлчамлари узунлигига мос келади 100мкм дан 900мкм гача бўлади. Турли ёш давларида минимал ўлчам 200 мкм дан ошмайди ва чақалоқлик даврида максимал 400-600 мкм гача ва бошқа ёш давларида 700-900 мкм гача бўлади.

Хулоса

Шундай қилиб, неонатал даврдан қариликгача инсон сийдик йўллари (сийдик найлари, сийдик пуфаги, сийдик канали) деворларининг шиллиқ ости қаватида сезиларли миқдордаги лимфоид тугунчалар аниқланди. Бу болалик ва ўсмирлик даврида лимфоид тугунчаларнинг ўлчамлари кам ўзгаради, уларда кўпайиш марказлари топилмайди.

БУЙРАК КИСТАСИНИ МАЛОИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ КУЛЛАШ

Иброхимов М., Абдулазизов С.А., Турсунов Г.М.
Андижон давлат тиббиёт институти

Текширув мақсади: Буйрак кистоз хосилаларини даволаш усулларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: АДТИ клиникасини урология бўлимида 2019-2021 йиллар ичида буйракни кистоз хосиласи билан 62 та бемор стационар шароитда даволанган. Барча беморларда УЗИ текшируви ўтказилган. Беморларда буйрак синуси кистаси ва парапельвикал кисталарни буйрак жом-косача системаси кенгайиши билан дифференциал диагностика қилиш мақсадида Лазикс препаратини қўллаб ультратовуш текшируви ўтказилган. Барча беморларда магнит-резонанс томография текшируви ўтказилди, улардан 6 та беморда буйрак ўсмасига шубҳа бўлди, бу беморларда магнит-резонанс томография текшируви модификацияси бажарилди, яъни магнит-резонанс урография текшируви

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ўтказилди, бу текширув буйрак ўсмасини юқори даражада қиёсий ташхислашга имкон беради. Барча беморлар буйрак эходопплерография текширувидан ўтказилди. Аниқландики, буйракдаги гемодинамик бузилишлар клиник симптомларсиз ҳам бўлиши мумкин ва у оператив давога кўрсатма бўлади. Буйрагида гемодинамик ва уродинамик бузилишлари ва клиник симптомлари намоён бўлган 56 та беморларда УЗИ назорати остида киста пункцияси ва склеротерапия ташрихи ўтказилди.

Текширув натижалари: Қониқарли холатдаги беморларга 1-2 кундан сўнг уйига жавоб берилди. Операциядан сунг 6 ой ичида 11(17,7%)та беморда кистани қайталаниши аниқланди, улардан 8 тасида киста ўлчами 3 смдан кичик, симптомсиз кечяпти ва улар қайта пункция қилишни талаб этмайди, 3 та беморда манипуляция қайта ўтказилган. Бу груҳдаги беморларни УЗИ ва МСКТ да кузатилганда буйракда турли ўлчамдаги кўплаб суюқлик билан тўлган, зич девор билан ўралган, контраст модда билан тез тўладиган, буйрак хужайралари рақини кистоз формасига хос хосилалар аниқланди. 6 та бемордан 3 таси операция бўлди: 2 та нефрэктомия, 1 та буйрак резекцияси. Олинган материал гистологик текширилганда 2 тасида киста саратони, 1 тасида буйрак рақини кистоз формаси аниқланди.

Хулоса: Буйрак кисталарини пункция қилиш усули солитар кисталарни асосий ва етакчи даволаш усули экан. УЗИ назорати остидаги буйрак кистасини тери орқали пункция қилиш, ичидаги суюқликни олиш ва склеротерапия ташрихи буйракни катта кисталарини даволашда етакчи усул бўлиб ҳисобланади.

СИЙДИК ПУФАГИ ЛЕЙКОПЛАКИЯСИДА ЦИТОКЕРАТИННИ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ АНИҚЛАШ

**Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.,
Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаммонинг долзарблиги. Цитокератинлар ҳар қандай эпителий тўқимаси, жумладан сийдик пуфаги қопловчи эпителийсининг иммуногистокимёвий маркерлари ҳисобланади. Цитокератиннинг эпителий хужайралари пролиферацияланиш фаоллигидаги сезувчанлиги 54%, хусусийлиги 97% ҳисобланади. Цитокератин эпителий хужайралари цитоплазмасида экспрессияланади, ясси ва ўзгарувчан кўп қаватли эпителийнинг базал қаватида кўпроқ миқдорда намоён бўлади.

Материал ва усуллар. Цитокератин иммауногистокимёвий Ki-67ни антителалар ёрдамида анамнезида сурункали цистит (48,2%), сийдик пуфаги бўйни цистити (36,0%), уретрал цистит (14,0%), цисталгия (24,6%) билан касалланган аёллардан цистоскопия усулида олинган сийдик пуфаги шиллиқ пардаси биопсияси ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Назорат гуруҳида цитокератин фақат базал мембранада жойлашган нисбатан ёш ва камбиал даражадаги хужайралар цитоплазмасида ҳар хил даражада оч ва тўқ жигар рангга бўялган цитокератин микрофиламентлари мавжудлиги аниқланди. Цитокератин микрофиламентлари базал қават эпителийсининг цитоплазмасида, айримларида очроқ, бошқаларида тўқроқ бўялиш даражасида аниқланди.

Сийдик пуфаги лейкоплакиясининг 1-даврида сийдик пуфаги шиллиқ пардаси кўп қаватли ўзгарувчан эпителийсининг базал қисмида кучли акантоз ривожланиб, базал қават эпителийси остидаги бириктирувчи тўқимали қаватга тўплан-тўплан бўлиб ўсиб қирганлиги кузатилди. Кўп қаватли ўзгарувчан эпителийни умумий ҳолда кўрилганда, базал қавати

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

хужайраларининг 2-3 қаторида цитокератин кучли даражада, тўқ жигар рангли цитоплазматик киритма кўринишида экспрессияланганлиги кузатилди. Кўп қаватли эпителийнинг ўрта ва юза қатламлари хужайралари цитоплазмаси гидропик дистрофияга учраб, вакуоллашганлиги сабабли, улардаги цитокератин микрофиламентлари хужайра четида, цитолеммага туташган ҳолда оч жигаррангли киритма кўринишида экспрессияланганлиги топилди.

Сийдик пуфаги шиллиқ пардаси қоқловчи эпителийси лейкоплакиясининг II – даврида ўзгарувчан эпителий кўп қаватли ясси эпителийга айланганлиги ва деярлик барча хужайраларини вертикал ҳолда жойлашганлиги аниқланди. Базал қават хужайралари нисбатан майда ва тўқ бўялган эпителийдан иборатлиги, юза қатламлар хужайралари нисбатан йирикрок ва цитоплазмасида кератогиалиннинг кўпайиши ҳисобига шишиб, катталашганлиги кузатилди. Иммуногистохимёвий текширув бу даврда базал қаватда жойлашган 2-3 қатор ва оралиқ қаватлар хужайраларининг айримлари цитоплазмасида тўлиқ ҳолда тўқ жигар рангли кўринишда цитокератин экспрессияланганлиги аниқланди. III - даврида эпителийнинг барча қаторларида пролифератив фаоллик ва метаплазия жараёни ривожланганлиги, эпителий ости бириктирувчи тўқимали хусусий пластинкаси таркибида сурункали яллиғланиш инфилтрати топилди. Кўп қаватли ўзгарувчан эпителий базал қават томонга янада кўпроқ акантозланиб, ўсиб қирганлиги ва бу бўлак-бўлак шаклдаги эпителий тўпламлари таркибидаги деярлик барча хужайраларда цитокератин бир хил, юқори даражадаги экспрессияланиши аниқланди

Хулоса. Назорат гуруҳида цитокератин қоқловчи эпителийсининг фақат базал қаватида кам даражада экспрессияланиши, уларда паст бўлсада пролифератив фаоллик даражаси мавжудлигини кўрсатди. Лейкоплакия ривожланишининг дастлабки I – даврида эпителийнинг акантоз ривожланган базал қавати хужайраларида цитокератиннинг экспрессияланиши юқори даражага кўтарилиши кузатилди. Лейкоплакиянинг II – даврида эпителийнинг барча қават хужайралари метаплазияланиб, вертикал ҳолда жойлашганлиги, уларнинг базал ва оралиқ қаватлар хужайраларида цитокератин нисбатан кўпроқ даражада экспрессияланиши аниқланди. Лейкоплакиянинг III – даврида эпителийнинг барча қаватлари хужайраларида пролифератив фаоллик ва метаплазия ривожланганлиги, хусусий пластинкасида яллиғланиш мавжудлиги, барча эпителий хужайраларида цитокератин юқори даражада экспрессияланганлиги кузатилди.

ХОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

**Садикова Д.И., Абдулазизов С.А.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Хомиладорлик тош шаклланишига хисса қўшади ва конкрементларни жадал ўсиши учун қулай шароит яратади. Баъзан хомиладорлик клиник яширин ўтаётган сийдик тош касаллигини келтириб чиқаради. Сийдик тош касаллиги ва унинг асоратлари хомиладорликда оғир касаллик ҳисобланади.

Мақсад: сийдик-тош касаллиги билан оғриган хомиладор аёлларни репроектив таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2014 йилдан 2019 йилгача АДТИ клиникаси Урология бўлимида бизнинг назоратимиз остида хомиладорлик ва сийдик тош касаллиги ташхиси билан 40 та бемор бор эди. Улардан 25та беморларда 1-туғруқ, 15тасида эса такрорий туғруқ.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Тадқиқот натижалари: барча беморлар клиникага буйрак санчиғи, иситма ва умумий холсизлик билан келдилар. Ташхис анамнез, кўрик, пайпаслаш, ультратовуш текшируви, қоннинг клиник ва биохимик таҳлили, сийдик таҳлиллари асосида қўйилди. Ультратовуш текшируви ёрдамида 24та беморда буйрак тошлари аниқланди, 16та беморда сийдик найи тошлари, барча беморларда буйракларда гидронефротик трансформация кузатилди. Барча беморларда қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилди. Сийдик таҳлилида пиурия, бактериурия ва альбуминурия кузатилган.

Барча беморларни ўзига хос текширувлардан сўнг буйракларга нефростома қўйиш йўли билан дренажланди. Шундан сўнг, яъни буйраклардан сийдик оқиб чиқиши ўз холига 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 хомиладорлик бирга келганида нефростома қўйиш йўли билан ўз вақтида сийдик оқимини тиклаш зарур.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА КЕЧИШНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Усманова Ф.Т.
Андижон давлат тиббиёт институти

Клиницистлар фикрига кўра, кексаликда кўпроқ учрайдиган буйрак касаллиги пиелонефрит деб аталади. Аниқланиш кўра, унинг клиник ва амалий аҳамияти гериатрик нефрологиянинг асосий муаммоси ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: 60 ёш ва ундан катта ёшдаги сурункали пиелонефрит билан касалланган беморларнинг касаллик тарихларини ретроспектив таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2018-2021 йиллар АДТИ клиникаси урология бўлимида 60 ёшдан ошган беморлар “Сурункали пиелонефрит” ташхиси билан даволанганларнинг касаллик тарихлари сони 105та (эркаклар 40та аёллар 65та). Барча беморлар билан бажарилган ишлар-умумий сийдик анализи, қоннинг маълум бир даражада креатинин ва мочевина даражасини аниқлашнинг биохимик таҳлили, Реберг синамаси, буйраклар ультратовуш текширувлари ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Ўтказилган сўров натижаларида аниқланди: (90та бемор) катта ёшли беморлар ичида чин бактериурия (1мл сийдикда 100000дан ортиқ микроб хужайралари). Этиологик омиллардан кўпгина беморларда ичак таёқчаси аниқланди. Умуман олганда 45та беморларнинг қон таҳлилида енгил анемия ўзига жалб қилди. Биохимик тадқиқотларда 100та беморлар қони таркибида креатинин миқдори ошганлиги аниқланди, 34та беморда унинг кучсиз ошиб кетиши (плазмадаги креатинин 110-131 мкмоль/л), 1та беморда буйрак етишмовчилигини охириги босқичи (плазмадаги креатинин миқдори 704 мкмоль/л). 85та беморда калава филтрлаш тезлиги 60-90 мл/мин, 20та беморда 40-60 мл/мин, 1та беморда 10мл/миндан камроқлиги аниқланди. Ультратовуш текширувида қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: 89та беморда буйрак хажми ва ўлчамини камайиши, 85та беморда паренхима қалинлигини камайиши, 94та беморда буйраклар синуси хажмини ошиши, 100та беморда буйраклар контурини нотекислиги, 80та беморда ботиқ жойларда паренхимани юқори эхогенлиги аниқланди.

Хулоса: ўтказилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, 60дан ошган беморларда сурункали пиелонефритни симптомсиз ва кам симптомли шакллари мавжудлиги

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

аниқланди. Буйраклар ультратовуш текширувида ўзгаришларни аниқлаш билан биргаликда калава филтрлаш тезлигининг камайиши ва касалликнинг бошланишида шундай деб аталувчи “симптомсиз бактериурия” этиологик муҳим қўзғатувчи сифатида кенг тарқалганлигини кўрсатди. Тез-тез учрайдиган касаллик белгилари енгил анемия, эритроцитлар чўкиш тезлигини ортиб бориши, плазмадаги креатинин миқдорини ошиб кетиши аниқланди.

ХОМИЛАДОРЛИҚДАГИ МУАММО

Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.М., Усмонова Ф.Т.

Андижон давлат тиббиёт институти

Абу Али Ибн Сино номидаги Андижон тиббиёт техникуми

Сийдик тош касаллиги - полиэтиологик касаллик булиб, асосан хар-хил хавфли омилларнинг кушилиб таъсир килишидан келиб чиқади.

Бу касаллик буйрак каналчаларида, косачаларида ёки жомиди тош ҳосил булиши билан характерланади. Тошлар сийдик таркибига кирувчи тузлардан ташкил топади ва сийдик йулларининг юкори қисмида жойлашади.

Хомиладорлик тош шаклланишига хисса қўшади ва конкрементларни жадал ўсиши учун қулай шароит яратади. Баъзан хомиладорлик клиник яширин ўтаётган сийдик тош касаллигини келтириб чиқаради. Сийдик тош касаллиги ва унинг асоратлари хомиладорликда оғир касаллик хисобланади.

Мақсад: сийдик-тош касаллиги билан оғриган хомиладор аёлларни ретроспектив таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2016 йилдан 2021 йилгача АДТИ клиникаси урология бўлимида бизнинг назоратимиз остида хомиладорлик ва сийдик тош касаллиги ташхиси билан 60та бемор бор эди. Улардан 35та беморларда 1-туғруқ, 25тасида эса такрорий туғруқ.

Тадқиқот натижалари: барча беморлар клиникага буйрак санчиғи, иситма ва умумий холсизлик билан келдилар. Ташхис анамнез, кўрик, пайпаслаш, ультратовуш текшируви, қоннинг клиник ва биохимик таҳлили, сийдик таҳлиллари асосида қўйилди. Ультратовуш текшируви ёрдамида 24та беморда буйрак тошлари аниқланди, 16та беморда сийдик найи тошлари, барча беморларда буйракларда гидронефротик трансформация кузатилди. Барча беморларда қон таҳлилида лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши кузатилди. Сийдик таҳлилида пиурия, бактериурия ва альбуминурия кузатилган.

Барча беморларни ўзига хос текширувлардан сўнг буйракларга нефростома қўйиш йўли билан дренажланди. Шундан сўнг, яъни буйраклардан сийдик оқиб чиқиши ўз холига 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 хомиладорлик бирга келганида нефростома қўйиш йўли билан ўз вақтида сийдик оқимини тиклаш зарур.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ ВА ИЧИМЛИК СУВИНИНГ ҚАТТИҚЛИГИ

Шерқўзиёва Г.Ф., Саломова Ф.И.
Тошкент тиббиёт академияси

Мавзунинг долзарблиги. Табиатга антропоген омил кучайганлиги, яъни кўплаб саноат корхоналари, қишлоқ хўжалиги экинзорлари, коммунал хўжаликлари фаолияти натижасида ҳар хил чиқитлар билан атроф-муҳитлар булғанади, шу жумладан, ифлос оқавалар билан сув ҳавзаларининг ифлосланиши сабаб тоза сув муаммоси ҳозирга пайтда энг долзарб масала ҳисобланади. Сувнинг қаттиқлиги билан организмда тошлар пайдо қиладиган касалликлар ўртасида боғланиш борлиги тўғрисидаги бир қанча фикрлар маълум. Хоразм вилояти ва Қорақалпоғистон Республикасида олинган далилларга қараганда, одамларнинг ўт ва сийдик қопида, шунингдек буйрагида тошлар пайдо бўлишига асосан Амударё ҳавзасидаги сувлар қаттиқлигининг тобора ортиши сабаб бўлмоқда. Сувнинг қаттиқлиги – унинг сифатини белгилайдиган кўрсаткичлардан бири ҳисобланади. Табиий сувларнинг қаттиқлиги улардаги кальций ва магний тузларининг бўлиши билан боғлиқдир. Қаттиқлиги 4 мгэқв/л дан кам бўлган сув юмшоқ, 4—8 мгэқв/л бўлган сув ўртача қаттиқ, 12 мгэқв/л дан ортиқ бўлган сув эса жуда қаттиқ сув ҳисобланади. Табиий сувнинг қаттиқлиги турлича. Дарё ва кўл сувининг қаттиқлиги 0,1—0,2 мг.эқв/л (тайга ва тундра), ер ости суви, денгиз ва океан сувининг қаттиқлиги 80 — 100 м.гэқв/л. Сувнинг қаттиқлиги туфайли буғ қозонлари деворларига чўкмалар чўқади, қир ювганда совун кўп сарфланади. Қаттиқ сувда сабзавот, гўшт яхши пишмайди. Марказий сув таъминотида, асосан, истеъмол қилинадиган сувнинг қаттиқлиги 7 мг.эқв/л гача бўлишига йўл қўйилади. ЖССТ берган маълумотларга кўра ер юзининг 3 млрд аҳолиси сифатсиз сувни истеъмол қилмоқда. Ер юзи аҳолисида учраган касалликларининг 2 минг дан ортиқ тури айнан сифатсиз сув истеъмоли билан боғлиқдир. Худди шу сабаб билан дунёнинг 25% аҳолиси сифатсиз сув истеъмоли сабабли турли касалликларга учрайди, ер юзи аҳолисининг ҳар ўнинчиси касалланади, ҳар йили деярли 4 миллион болалар ва 18 миллион катталар айнан сифатсиз сув истеъмоли турли касалликлардан вафот этадилар. Шу нарса аниқландики, 100 нафар онкологик касалликларнинг 20 дан 35 нафари айнан хлорланган ичимлик сувини истеъмол қилиш оқибатида келиб чиқади. Аҳоли ўртасида сийдик тош касаллигининг ривожланишида ичимлик сувининг қаттиқлиги ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Юқоридагилардан келиб чиқиб биз йиллар динамикасида аҳолига берилаётган ичимлик сувининг қаттиқлигини ретроспектив таҳлил қилдик.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2017-2018 ва 2019 йиллар давомида аҳолига берилаётган ичимлик суви намуналари ва уларнинг лаборатория текшириш натижалари.

Тадқиқот натижалари. Аҳоли истеъмол қиладиган водопровод ва қудуқ сувларининг умумий қаттиқлик кўрсаткичларини ретроспектив таҳлил қилинганда қуйидаги натижаларни олдик: 2017 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 640 та бўлиб, улардан 48 (7,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги аниқланди. 2018 йилда водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 709 та, улардан 75 (10,5%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик меъёрдан юқори эканлиги қайд этилди. 2019 йил водопровод сувдан олинган умумий намуналар сони 983 та бўлиб, улардан 68 (6,9%) ида, қудуқ сувида эса барча олинган намуналарда умумий қаттиқлик бўйича гигиеник талабларга жавоб бермаган.

Хулоса. Кузатув йилларининг барчасида қудуқ сувининг қаттиқлик даражаси гигиеник талабларга мос келмади. Аҳоли ўртасида сувнинг умумий қаттиқлигига боғлиқ

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

касалликлар профилактикасида ичимлик сувининг умумий қаттиқлигини доимий назорат қилиб туриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОНИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ АҲАМИЯТИ

Хасанов Д.Ш., Мамадалиев М.М., Ибрагимов О.С.
Андижон давлат тиббиёт институти. РИОРИАТМ Андижон филиали

Кириш. Простата беzi саратони ўсма кичик ҳажмларида белгиларсиз кечади. Касаллик кечиши ўсма фенотиби ва унинг ҳужайра таркиби биологик хусусиятларига боғлиқ. Асосий беморларда, касаллик эрта аломатлар йўқлиги сабабли, без саратони кечки босқичларда аниқланади. Шу муносабат билан, касаллик эрта аниқлаш учун ўтказиладиган текширув усуллари аҳамияти ҳозирги кунда долзарбдир.

Тадқиқотнинг мақсади. Простата беzi саратони эрта аниқлаш учун текширув усуллари аҳамиятини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот простата беzi саратони га шубҳа қилиниб РИОРИАТМ Андижон филиали мурожат қилган 40 ёшдан 78 ёшгача бўлган 35 нафар эркаки кузатуви асосланган. Беморлар комплекс текширилди. ПСА стандарт усул бўйича простата беzi секретсиясини клиник ва бактериологик текширувдан сўнг ва агар керак бўлса, сурункали простатитни комплекс даволаш курсини ўтказгандан сўнг амалга оширилди. Ультратовуш текширув, трансректал ультратовуш текширув билан амалга оширилди. Ташхисни морфологик верификацияси учун простата пункцион биопсияси ўтказилди.

Натижалар. Қон плазмасининг умумий ПСА даражаси 7 дан 58,6 нг/мл гача бўлган. Барча беморларда простата беzi ректал текширишда ПБСга хос бўлган ўзгаришларни аниқлади. Простата беzi трансректал УТТда, простата безининг периферик зонасида унинг капсуласининг яхлитлигини бузилмаган ҳолда гипо - ва гиперэхоген фокуслар аниқланди. Допплер текширувда простата безининг зарарланган соҳасида диффуз гиперваскуляризацияси қайд этилди. Бирламчи простата биопсияси учун кўрсатма мезонлари қуйидагилар бўлди: безда инфильтрат ёки тугун, ректал текширувда простата консистенциясининг нотекислиги, УТТда гипо-ёки гиперэхоген фокус, умумий ПСА даражасининг 4 нг/мл дан ошиши. Беморлар 24 нафарида (68,6%) простата беzi саратони тасдиқланди. Простата беzi қайта биопсияси учун кўрсатмалар: простата ҳажми 65 мл гача бўлган ҳолда бирламчи биопсиянинг манфий натижаси, умумий ПСА даражасининг 4 нг/мл дан юкорилиги, трансректал УТТда малигнизация белгиларини аниқлаши. 11 (31,4%) нафар беморда натижалар простата беzi саратони га мос келди.

Хулоса. Простата беzi саратони ни даволашнинг муваффақияти ректал текширув, ПСА, трансректал УТТ ва простата беzi биопсияси усуллари ёрдамида ўсма жараёнини эрта аниқлаш ҳисобланади. ПСА даражасининг ошиши билан трансректал УТТда бездаги ўзгариш, ректал текширувда простата беziда ўзгариши бўлмаса ҳам, простата беzi биопсиясини ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ПРОСТАТА ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ ТРАНСУРЕТРАЛ РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН ҲАМ САҚЛАНИБ ҚОЛАДИГАН ИРРИТАТИВ СИМПТОМЛАР ПРЕДИКТОРЛАРИ

Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Кенг тарқалган касаллик ҳисобланувчи простата хавфсиз гиперплазияси (ПХГ) бор беморларнинг бир қисми оператив давога, бир қисми консерватив давога ҳамда қолган қисми фақат динамик кузатувга муҳтож. ПХГ ТУР операцияси ҳозирга даврда “олтин сандарт” бўлиб, у ўтказилгандан кейинги даврда беморларнинг 20-40% да ирритатив симптомлар сақланиб қолиши кузатилади, яъни бемор ҳаёт сифати яхшиланиши сезиларли даражада бўлмайди.

Тадқиқот мақсади. ПХГ ТУР сидан кейинги даврда айрим беморларда ирритатив симптомларнинг сақланиб қолиши предикторларини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. РИ Урология ИАТМ шароитида 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда ПХГ ТУР операцияси ўтказилган 205 бемор тадқиқот учун танлаб олинди. Беморлар ўртача ёши 62 ± 10.1 га тенг бўлиб, ёндош касалликларидан қандли диабет ҳамда неврологик патологияси йўқ, қолдиқ пешоби 300мл дан ортиқ бўлмаган беморлар танлаб олинди. ПХГ ТУР қилинган беморларнинг операцион материал биопсияси одатдагидек ўтказилган. Хар бир беморнинг ёши, IPSS, Bs, Qmax, R, простата ўрта бўлакчаси мавжудлиги, простата ректал бармоқ билан пальпацияси, қондаги ПСА, пешобда инфекция мавжудлиги, уродинамик текширув каби параметрлари ўрганилди. Операциядан кейинги даврда касалхонадан чиқарилганидан кейин беморлар 3 ойдан 12 ойгача динамик кузатувда бўлдилар. Операциядан кейинги даврда ирритатив симптомлар сақланиб қолган беморлар бир гуруҳга, қолган беморлар иккинчи гуруҳга ажратилиб, уларнинг параметрлари статистик усулда SPSS дастурида таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. ПХГ ТУР қилинган 205 бемордан 62 тасида (30.2% ида) операциядан кейинги даврда ирритатив симптомлар сақланиб қолди. Биринчи гуруҳ беморлари ёши каттароқ бўлиб чиқди (69 vs 63 ёш.; $p = 0.043$) ва улардаги IPSS балли ҳам баландроқ эканлиги аниқланди (25.2 vs 19 ; $p = 0.014$), шу билан биргаликда биринчи гуруҳдаги пешоб ҳажмий оқими максимал тезлиги ҳам юқорилик эканлиги маълум бўлди (8.6 vs 6.6 ml/s; $p = 0.039$). Цистометрик сиғими 250 мл дан кам бўлганлар беморларнинг 63.6% фоизида ирритатив симптомлар сақланиб қолган бўлса, цистометрик сиғими 250 мл дан кўп бўлган беморларнинг 20% идагина бу симптомлар сақланиб қолди ($p = 0.041$).

Хулоса. ПХГ бор бўлагн беморларда операциядан олдинги даврда ёшининг катта эканлиги, IPSS балли юқорилиги, қовуқнинг цистометрик сиғими 250 млдан кам эканлиги, операциядан кейинги даврда ирритатив симптомларнинг сақланиб қолиши предикторлари бўлиб ҳисобланади.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СИЙДИК НАЙИ ТОШЛАРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛ ЛИТОТРИПСИЯСИ САМАРАДОРЛИГИ ПРЕДИКТОРЛАРИ

Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Экстракорпорал литотрипсия (ЭЛТ) сийдик найлари тошлари давоси учун кенг қўлланиладиган ноинвазив операция усулидир. Бу операция усулида катта энергияга эга бўлган зарба тўлқинлари таъсирида сийдик тошлари майда фрагментларга бўлинади ва бу фрагментлар сийдик йўллари орқали пешоб билан чиқиб кетади. ЭЛТ нинг афзалликларидан бири ноинвазивлигидир. Бироқ ЭЛТ нинг самардорлиги ҳамма вақт ҳам 100% бўлавермайди, чунки унинг самардорлиги бир қанча омилларга боғлиқ эканлиги маълум бўлди.

Тадқиқот мақсади. Сийдик найлари тошлари ЭЛТ сида самардорликка таъсир қилувчи бемор ва тошга боғлиқ омилларни ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. РИ Урология ИАТМ да 2022 йилнинг январь ойидан декабрь ойигача сийдик найи ягона тоши бўйича ЭЛТ бажарилган 234 та бемор тадқиқот учун танлаб олинди. Беморларнинг ўртача ёши $34 \pm 12,4$ бўлиб, уларнинг 182 таси эркак, 52 та аёл жинсига мансуб. Сийдик найи тошлари ўлчами 5 мм дан 15мм гача бўлиб, уларнинг 126 таси сийдик найи юқори учдан бирида, 108 таси пастки учдан бирида жойлашган. Бемор боғлиқ факторлар (ёши, жинси, тана вазни индекси) ва сийдик найи тошига боғлиқ факторлар (локацияси, ўлчами, Hounsfield зичлиги бирлиги - HU) билан бир қаторда тошнинг сийдик найида бўлиб туриши муддати ҳам ўрганилди. Статистик ҳисоблар учун SPSS дастуридан фойдаланилди (унивариант ва мултивариант анализ).

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, сийдик тошларидан бутунлай қутулиш кўрсаткичи (stone-free rate) сийдик найи юқори учдан бири тошлари учун 69,2% ни ташкил қилган бўлса, сийдик найи пастки тошлари учун бу кўрсаткич 72,1% ни ташкил қилди, яъни бу ерда статистик аҳамиятли фарқ топилмади ($p=0,8$). Тана вазни индекси ўртача 26.1 гача бўлган ҳолатларда ЭЛТ муваффақиятли бўлиши эҳтимоли юқори бўлиши, 28 дан ортиқ бўлганда тошнинг фрагментацияланиш эҳтимоли кам эканлиги аниқланди ($p=0.001$). Сийдик тоши зичлиги ўртача 700 HU гача бўлиши ЭЛТ муваффақиятли бўлиши эҳтимоли юқори бўлиши, 950 HU дан ортиқ бўлганда тошнинг фрагментацияланиш эҳтимоли кам эканлиги аниқланди ($p<0.0001$). Тошнинг сийдик найида бўлиб туриши муддати 4 ҳафтагача бўлган муддатда ЭЛТ муваффақиятли бўлиши эҳтимоли юқори бўлиши, 8 ҳафтадан ортиқ бўлган муддатда тошнинг stone-free rate кўрсаткичи паст эканлиги аниқланди ($p=0.01$).

Хулоса. Тана вазни индекси, сийдик тоши зичлиги ва уни сийдик найида туриб қолиши муддати ЭЛТ нинг самардорлигига таъсир қилувчи муҳим предикторлардан ҳисобланади. Бу маълумотлар асосида, ҳар бир беморга индивидуал ёндошган ҳолда шифокорларнинг сийдик найи тошларида ЭЛТ ни танлашга қарор қилишида кўмак беради.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА КЕНГ ТАРҚАЛГАН УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРИ «АЙСБЕРГ ФЕНОМЕНИ»

Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Илмий адабиётлардаги маълумотларга кўра сўнгги 10 йилликларда уролитиаз, простата хавфсиз гиперплазияси ва онкоурологик касалликларнинг учраш частотаси ортиб бормоқда. Шу билан биргаликда, бу касалликларнинг кечки даврларида аниқланиши ҳоллари кам эмаслиги аҳоли саломатлик кўрсаткичларини пасайишига сабаб бўлмоқда. Аҳоли саломатлик кўрсаткичларини яхшилаш мақсадида, бу касалликларни эрта даврларида аниқлаш чораларини топиш долзарб муаммо бўлиб турибди.

Тадқиқот мақсади. Хоразм вилояти аҳолиси орасидан кенг тарқалган урологик касалликларнинг тарқалганлигига оид “Айсберг феномени” ни ўрганиш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот учун Хоразм вилоятининг Янгибозор ва Янгиариқ туманлари танлаб олинди. Ушбу туман аҳолисининг рандом танланган маҳалларида истиқомат қилувчи 3991 киши cross-sectional observation усулда текширувдан ўтказилди. Текширилувчиларнинг ёши 1 дан 82 гача бўлиб, уларнинг 1547 таси эркак (38.76%) 2444 таси аёл (61.24%) жинсига мансубдир ваа улар текширув даврида шифокор кўригидан ўтмаган эди. Ҳар бир текширилувчи махсус ишлаб чиқилган сўровнома билан мавжуд урологик шикоятлари ўрганилди, шундан кейин урологик аъзолари ултратовуш текшируви ва пешоб таҳлили ўтказилди. Тўпланган маълумотлар MS Excel да статистик ҳисобловлар ишловидан ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижарига кўра, текширув вақтида шифокорга мурожаат қилмаган аҳоли орасида пешоб йўллари инфекцияси 20,7%, простата хавфсиз гиперплазияси 3,96%, уролитиаз 2,5%, энурез 1,95%, стрессли пешоб тута олмаслик 1,76%, қовуқ ўсмаси 0,5%, простата раки 0,5% ҳолларда аниқланди.

Хулоса. Кенг тарқалган урологик касалликлар “Айсберг феномени” Хоразм вилоятида аҳамиятли даражада тарқалган бўлиб, улар орасида пешоб йўллари инфекцияси, простата хавфсиз гиперплазияси ва уролитиаз кўрсаткичлари устунлик қилади. Бу эса соғлиқни сақлаш тизимида кўпроқ шу касалликларни эрта аниқлаш вазифасини кўяди.

ПРОСТАТА ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ ОПЕРАТИВ ДАВОСИДАН КЕЙИН БЕМОР МУСТАҚИЛ ПЕШОБ ҚИЛА ОЛИШИ ПРОГНОЗИ

Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Мавзунинг долзарблиги. Простата хавфсиз гиперплазияси (ПХГ) туфайли маълум бир беморларда детрузор фаоллиги пасайиши ҳисобига қолдиқ пешоб кўп бўлади ёки пешоб тутилиши рўй беради. Бундай беморларга цистостомик дренаж кўйилади. Маълум муддатдан кейин бу тоифадаги беморларни цистостомик дренаждан халос қилиш учун ПХГ оператив давоси ўтказилади, аммо айрим беморлар операциядан кейинги даврда мустақил пешоб қила олмайдилар. Операциядан кейинги даврда пешоб қила олмайдиган беморларни олдиндан прогноз қилиш нофақат кераксиз операциядан, балки операция туфайли рўй бериши мумкин бўлган асоратлар, бемор молиявий муаммолари кабиларнинг олди олинган бўлар эди.

Тадқиқот мақсади. ПХГ операциясидан кейинги даврда пешоб қила олмайдиган беморларни олдиндан прогноз қилиш усулини аниқлаш.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Тадқиқот материал ва усуллари. ПХГ диагнози қўйилган цистостомик дренажли, ПХГ ТУР операциясидан кейин пешоб қила олмаган 26 та бемор (биринчи гуруҳ) ва пешоб қила олган 45 та беморда (иккинчи гуруҳ) уродинамик текширув (артифициал урофлоуметрия), уретроцистоскопия, пешоб таҳлили, уретроцистография текширувлари ўтказилди. Беморларнинг ўртача ёши $63 \pm 8,6$ ва $62 \pm 7,6$ бўлиб, простата ҳажми $68 \pm 10,4$ ва $65 \pm 12,2$ мл ни ташкил қилди ($p=0.043$). Бошқа параметрлар (ёндош касалликлари, цистостомик дренаж қўйилган муддати ва бошқа) бўйича ҳам иккала гуруҳ беморлари бир-бирида статистик фарқ қилмади ($p < 0.05$). Иккала гуруҳ маълумотлари SPSS дастурида статистик таққосланди.

Тадқиқот натижалари. Иккала гуруҳ беморлари текширув натижалари асосан артифициал урофлоуметрияда статистик фарқ қилиб, биринчи гуруҳдаги беморлар пешоб чиқара олиш баландлиги 40 см дан ортмади ва қолдиқ пешоб $50 \pm 12,5\%$ атрофида бўлса, иккинчи гуруҳ беморларда пешоб чиқариш баландлиги 80 см ташкил этди ва қолдиқ пешоб 0 мл тенг бўлди ($p < 0.05$), яъни биринчи гуруҳ беморлари детрузор контрактиллиги тўлиқ тикланмаган бўлиб чиқди. Уретроцистоскопия, пешоб таҳлили, уретроцистография маълумотлари бўйича иккала гуруҳ маълумотлари статистик фарқ қилмади ($p > 0.05$). Биринчи гуруҳ беморларига консерватив терапия ўтказилганидан кейин 24 таси (92,3%) да пешоб қилиш тикланди, аммо 2 таси (7,7%) ида пешоб қилиш бир ойда тикланмаганлиги сабабли консерватив терапия давом эттириши учун яшаш жойи бўйича уролог назоратига тавсиялар билан жавоб берилди.

Хулоса

ПХГ бўйича оператив даво режалаштирилган ҳар бир беморда қовуқ контрактиллигини текшириш ва контрактиллиги тикланган ёки нормал бўлган ҳолдагина операцияга рухсат бериш (агар бошқа қарши кўрсатмалар бўлмаса) мақсадга мувофиқ бўлади. Бунда артифициал урофлоуметриядан кенг фойдаланиш тавсия қилинади.

УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ПРОГНОСТИК ХАРИТАСИНИ КУЛЛАШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ўзбекистонда кадрлар тайёрлашнинг сифат даражасини ошириш, модулли дастурлар ҳамда услубий материалларидан фойдаланиш, қўллаш, кадрларни замонавий билимлари ва касбий маҳоратлари ва креатив фикрлаш қобилиятларини намоён қилишларига имкон яратиш долзарб вазифадир.

Ҳозирги вақтда бир қатор соматик касалликларнинг ташхислаш ва прогнозлаш бўйича ҳисоблаш усуллари ишлаб чиқилган. Лекин сийдик йўллари хасталикларида хавф омилларини башорат қилиш услуби амалга оширилмаган. Ҳақли равишда таъкидлаш лозимки, сийдик йўллари хасталиklarининг профилактикасида ташқи ва ички секретор етишмовчиликнинг ривожланиш хавф омилларини сийдик йўллари касалликлари билан хасталанган беморларда турли прогностик мезонларни ўзаро таққослаш орқали ажратиш жуда муҳим ёндошув бўлиб ҳисобланди.

Тадқиқот мақсади: сийдик йўллари хасталикларида хавф омилларини ташхислаш ва олдини олишда прогностик харитасини куллаш.

Тадқиқот натижалари: Прогнозлаш жадвалини тузиш мақсадида нисбатан муҳим бўлган ва кенг тарқалган хавф омилларининг градиациясига боғлиқ ҳолда башорат бериш имконини яратувчи ҳолатларга доир қиёсланувчи кўрсаткичлар олинди.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Омилларнинг аҳамиятлилик даражаси ва уларнинг градацияси нисбий хавф кўрсаткичларини (R) қўллаш орқали аниқланди. Мазкур кўрсаткич ўз навбатида максимал муносабатнинг кўрсаткич интенсивлиги (c) даражаси бўйича минималга (d) нисбатан ҳар бир алоҳида омил бўсағасида ифодаланади ($R=c/d$).

Агар омил таъсир доирасига эга бўлмаса, у ҳолда мазкур омил бирга тенг бўлиб ҳисобланади. R кўрсаткичи қай даражада юқори бўлса, мазкур патологик ҳолатнинг келиб чиқишида хавф омилнинг аҳамиятлилик даражаси шу тариқа юқори бўлади.

Ушбу усулнинг асосий моҳияти шундан иборатки, одатий интенсив кўрсаткичлар ўрнига меъёрлаштирилган интенсив кўрсаткич (МИК) қўлланилади ҳамда қуйидаги формула ёрдамида ҳисоблаш имконидан фойдаланилади: $N=r/M$, бунда: N – меъёрлаштирилган интенсив кўрсаткич, r – интенсив кўрсаткич, M – «меъёрлаштирувчи кўрсаткич».

Тадқиқот давомида мазкур ҳолат юзасидан меъёрлаштирувчи катталиқ сифатида барча текширув маълумотлари бўйича (100 нафар илмий тафтишга жалб қилинган беморлар) ташқи ва ички секретор етишмовчилик билан кечувчи сийдик йўллари хасталикларини ўртача частотаси қабул қилинади. Масалан сийдик йўллари касалликларини билан хасталанган беморларда буйрак етишмовчилик ҳолатининг ривожланиш частотаси (r) 46,7 га тенг бўлиб, ташқи секретор етишмовчилиги билан меъёрлаштирилган кўрсаткич эса 54,5 ни ташкил этади. Мазкур кўрсаткич барча текширилганлар орасида 51,0 дан иборат бўлди. Ушбу катталиқ «меъёрлаштирувчи» кўрсаткич (M) сифатида олинди.

Сийдик йўллари хасталикларига таълуқли бошқа хавф омиллари бўйича МИК ҳам аналогик шу тарзда ҳисобланди. Олинган МИК дастлабки стандарт бўлиб, унинг ёрдамида сийдик йўллари хасталикларини билан хасталанган беморларда буйраклар етишмовчилигининг ривожланиш хавфига доир алоҳида омиллар ҳамда омиллар мажмуи бўйича интегралланган баҳолашни амалга ошириш мумкин.

Маълумки, ҳар бир омил сийдик йўллари хасталикларини билан хасталанган беморларда буйраклар етишмовчилигининг ривожланишига нисбатан турли хил таъсир кучига эгадир. Ушбу тамойилни ҳисобга олган ҳолда ҳар бир омил бўйича нисбий хавф кўрсаткичларини инobatга олдик. Касаллик ривожланиш нисбий хавф кўрсаткичини (R) ҳамда меъёрлаштирилган интенсив кўрсаткичини (N) билган ҳолда СПда ташқи буйраклар етишмовчилик ҳолатининг ривожланишига нисбатан ҳар бир алоҳида олинган хавф омилнинг таъсир кучини, яъни прогностик коэффициентни (X) аниқлаш мумкин.

Хулоса: сийдик йўллари хасталикларини билан хасталанган беморларда ривожланиш хавфининг интеграллашган кўрсаткичи қай даражада юқори бўлса, текширилувчи инсонда унинг ривожланиш хавф эҳтимоллиги шунга боғлиқ ҳолда юқори бўлади, ҳамда текширилувчининг салбий башорат гуруҳига киритишга асос бўлади.

УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА ОИЛАВИЙ ШИФОКОРДА КОМПЕТЕНТЛИКНИ РИВОЖЛАНТИРИШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Бўлажак шифокорларни тиббиёт олий ўқув юртлирида тайёрлаш алоҳида аҳамиятга эга, чунки турли урологик касалликларни ташхислаш учун ва даволаш усулларини танлаш ҳамда беморларни олиб бориш тактикасини аниқлаш ушбу мутахассислик эгаларига боғлиқ бўлиб, у юқори ижобий натижа ва тиббиёт ривожига таъсир кўрсатади. Уролог ўз олдига

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

мақсад қўйиши ва уларга эришиши, ўз ишини режалаштириши, муаммони ҳал қилиш йўлларини ишлаб чиқиш ва уни амалга оширишни мақсад қила олиши, ўз касбий савиясини мунтазам ошириб бориши, ўз соҳасида фан ва техника ютуқларини кузатиб бориши лозим.

Тадқиқот мақсади: Урологик касалликлар билан беморларни олиб бориш самарадорлигини оширишда оилавий шифокорда компетентликни ривожлантириш

Тадқиқот натижалари ва муҳокама: Оилавий шифокор фаолиятида урологик муаммолар билан мурожат қилиб келган беморларга маслаҳат беришда ўзига хос хусусиятлар, ижтимоий тўсиқлар ва психологик омиллар кузатилиши аниқланди. Мазкур компетентлик борасида амалга ошириладиган таълим жараёни аҳоли орасида тиббиёт ҳуқуқига оид маълумотларни тақдим этиш (бемор - фуқаро, ижтимоий муҳофазага оид), ижтимоий-меҳнат соҳаси (тиббий ёрдам истеъмолчиси, беморларнинг ҳуқуқлари), оилавий муносабатлар ва мажбуриятлар, тиббиёт ва ҳуқуқ масалалари, касбий, шунингдек, шахсий мавқени аниқлаш борасидаги билим ва тажрибаларни эгаллаш (хусусан, соғлиқни сақлаш тизимидаги меҳнат бозоридаги кадр истеъмолчилари таҳлил қилиш, шахсий ва ижтимоий манфаатларни кўзлаб, ҳаракат қилиш маҳорати, меҳнат ҳамда аҳоли муносабатларининг одобини билиш)ни англади.

Урология фанидан таълим бериш жараёнида педагогларнинг касбий компетентлигини оширишга қаратилган тамойил қўйидагиларни ўз ичига киритиш керак:

- соғлиқни сақлаш соҳасига доир малака талаблари бўйича малака меҳнат фаолиятидаги аниқ вазибаларни бажара олиш учун тайёр бўлиши, касбий компетенцияларни ўзлаштириши;
- касбий компетенция доирасида шифокорлик фаолиятида зарур бўладиган билим, кўникма ва малакаларни урологик беморларни олиб боришдаги турли вазиятларда қўллай олиш қобилияти;
- урологик беморларни муоммоларини ҳал этишда касбий компетентликни ривожлантиришга доир ёндашувларни, хусусан мақсадлилиқ, объективлилиқ, шифокорлик фаолиятига йўналганлик ҳамда шахслар аро муносабатларнинг асосий томонларини танлаш;
- ўқув жараёнида касбий компетентликни ривожлантиришнинг инновацион шаклларини тўғри танлаш ва амалда қўллай олиш;
- урология фанини ўқитишда касбий компетентликни ривожлантиришга асосланган дидактик таъминотни такомиллаштириш ҳамда натижаларини тўғри таҳлил қилиш.

Хулоса: Оилавий шифокорларни тайёрлашда касбий компетентликни ривожлантириш жараёнининг самарадорлигини таъминловчи тизимли, фаолиятли ва шахсга йўналтирилган омилларни, касбий ривожланишнинг мезонлари, хусусан касбий мотивация, шахсий касбий хусусиятлар, инновацион ёндошувчанлик, ўзини ўзи бошқариш, рефлексивлик, креативликни касбий ривожланиш ва касбий фаолият муҳити билан ўзаро интеграциясини таъминлаш асосида такомиллаштиришни ўз ичига олади.

УРОЛОГИЯ ФАНИДА «АҚЛИЙ ҲУЖУМ» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

«Ақлий ҳужум» методи бирор муаммони ечишда талабалар томонидан билдирилган эркин фикр ва мулоҳазаларни тўплаб, улар орқали маълум бир ечимга келинадиган энг самарали методдир.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

«Ақлий ҳужум» методининг ёзма шаклида жавобларни маълум белгилар бўйича гуруҳлаб чиқиш имконияти мавжуддир. Ушбу метод тўғри ва ижобий қўлланилганда шахсни эркин, ижодий ва ностандарт фикрлашга ўргатади.

Тадқиқот мақсади: Урология фанида «Ақлий ҳужум» педагогик технологияларни қўллаш

Тадқиқот материаллари ва усуллари: таълим усули самарадорлиги аниқлаш мақсадида тажриба синов жараёнига 165 нафар асосий гуруҳ ва 147 нафар талабалардан иборат назорат гуруҳи жалб қилинди. «Ақлий ҳужум» методининг ёзма ва оғзаки шакллари. Оғзаки шаклида ўқитувчи томонидан берилган саволга талабаларнинг ҳар бири ўз фикрини оғзаки билдиради. Талабалар ўз жавобларини аниқ ва қисқа тарзда баён этадилар. Ёзма шаклида эса берилган саволга талабалар ўз жавобларини қоғоз карточкаларга қисқа ва барчага кўринарли тарзда ёзадилар. Жавоблар доскага (магнитлар ёрдамида) ёки «пинборд» доскасига (игналар ёрдамида) маҳкамланади.

Тадқиқот натижалари: «Буйраклар ва сийдик йўллари функционал анатомияси ва физиологияси» мавзуси бўйича талабаларга қуйидаги саволлар тақдим қилинди:

1. Буйракнинг функционал бирлиги – нефроннинг тузилиши қандай?
2. Сийдик найи анатомияси ва физиологияси ҳақида.
3. Қовуқнинг анатомияси ва физиологияси ҳақида
4. Мояк, мояк ортиғи физиологияси ва анатомияси

Талабалар саволлар асосида ўзларининг фикрлаш доирасини кенгайтиради, фикрлардаги бир хилликда барҳам беради ва берилган саволларни кенг доирада тафаккурлашга ҳаракат қиладилар.

Мазкур саволларга назорат гуруҳидаги 87 (59,1%) нафар талаба яхши, -60 (40,8%) нафар талаба қониқарли жавоб бердилар.

Тажриба гуруҳидаги 147 (89,1%) нафар талаба яхши, 18 (10,9%) нафар талаба қониқарли жавоб бердилар.

Таҳлил натижаларига «Ақлий ҳужум» технологияси билан машғулотлар ўтказиш бўйича сўровномада мавзу ва унинг долзарблиги назорат гуруҳида 57% талабага, асосий гуруҳда эса 87% талабага қизиқарли бўлди, танланган мавзу бўйича материални ўзлаштиришда қўйилган саволлар назорат гуруҳида 68%, асосий гуруҳ 84% талабаларини қониқтирди, олинган натижаларни таҳлил қилиш имконияти эса назорат гуруҳида 67%, асосий гуруҳ талабаларида 87% га кенгайди.

Хулоса: Ақлий ҳужум методидан фойдаланилганда талабаларнинг барчасини жалб этиш имконияти бўлади, шу жумладан талабаларда мулоқот қилиш ва мунозара олиб бориш маданияти шаклланади. Талабалар ўз фикрини фақат оғзаки эмас, балки ёзма равишда баён этиш маҳорати, мантиқий ва тизимли фикр юритиш кўникмаси ривожланади.

УРОЛОГИЯ ФАНИДА «МУЗЁРАР» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

«Музёра» технологияси асосида талабаларни ўрганилаётган мавзуга бўлган қизиқишларини орттириш ва билим олишга бўлган иштиёқларини оширишдан иборат бўлган усул асосида мавзунинг моҳиятини очиб бериш мумкин. Янги мавзу ҳали талаба учун

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

мавҳум бўлади, педагог талабаларда юзага келган “музлаш” ни “ёриб ёки эритиб юбориш” учун дарс давомида талабаларни фаоллаштиришга ҳаракат қилади.

Тадқиқот мақсади: Урология фанида «Музёра» педагогик технологиясини қўллаш

Тадқиқот материаллари ва усуллари: таълим усули самарадорлиги аниқлаш мақсадида тажриба синов жараёнига 165 нафар асосий гуруҳ ва 147 нафар талабалардан иборат назорат гуруҳи жалб қилинди. “Музёра” методи.

Тадқиқот натижалари: Бунинг учун мавзудаги асосий жиҳатларга эътибор берилади.

Мавзу: Урологик касалликлар симптомлари

1. Урологик касалликлардаги симптомлар гуруҳи
2. Оғриқларнинг ўзига хос хусусиятлари
3. Буйрак санчиғидаги белгилар
4. Дизуриянинг белгилари
5. Сийдик сифат ва миқдоридаги ўзгаришлар

Мавзу доирасидаги билимлар асосида талабалар урологик касалликлар ва уларнинг симптомлари ҳақидаги тасавурлари кенгайтишни бошлайди ва ўзлаштирилган маълумотлар асосида “музни ёриб ўтишади”. Талабалар мавзу доирасидан келиб чиқиб, бир-бирларига саволлар берадилар, бир-бирларининг жавобларини тўлдиришга ҳаракат қиладилар. Педагог талабаларнинг имкониятлар даражасини дарс жараёнига мослаштириб туради.

Мазкур технология асосида дарс ташкил қилинганидан сўнг назорат гуруҳидаги 67 (45,%) нафар талаба яхши, 80 (54,4%) нафар талаба қониқарли жавоб бердилар.

Тажриба гуруҳидаги 142 (86,1%) нафар талаба яхши, 23 (13,9%) нафар талаба қониқарли жавоб бердилар

“Музёра” технологияси асосида талабаларни ўқитиш натижасида бўйича берилган билимлар қониқарлилиги 36,1% оширилди (52,3%дан 88,4%ча), амалий кўникмаларни шакллантира олиш 11,3% оширилди (38,7%дан 50,9%га), жавобларни илмий жиҳатдан таҳлил қила олиш 34,8% оширилди (58,5%дан 93,3%га) ва ўз фикрини ифода олиш маданияти эса 54,5% оширилди (22,4%дан 76,9%га).

Тадқиқот давомида талабалар орасида “Музёра” ўқитиш усули билан ўтказилган амалий машғулотлар бўйича фикр мулоҳазалар олинди ва саволнома ўтказилди

Таҳлил натижаларига “Музёра” технологияси билан машғулотлар ўтказиш бўйича сўровномада мавзу дарс жараёнидаги мавзу материали реал ҳаётга мос келиши назорат гуруҳида 77% талабага, дарс гуруҳларда осонлиги 67% назорат гуруҳида, 87% асосий гуруҳда ташкил қилди ва мавзуга мос келмайдиган материаллар иккала гуруҳда ҳам бўлмаган.

Хулоса: Таълим жараёнида интерфаол усуллари амалий машғулотларда мақсадли қўллаш ёрдамида тиббиёт соҳасида юқори малакали, рақобатбардош ва замон талабларига жавоб берадиган мутахассисларни тайёрлаш самараси оширилади.

УРОЛОГИЯ ФАНИДА «SWOT - ТАҲЛИЛ» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

“SWOT таҳлили” – назарий билимлар ва амалий тажрибаларни ўрганиш, ғоя, жараён, тажриба ҳамда иш натижаларини таҳлил қилиш, таққослаш орқали муаммони ҳал этиш йўллари топиш, билимларни мустаҳкамлаш, такрорлаш, баҳолаш, танқидий

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

фикрлаш, аналитик тафаккурни ривожлантиришга хизмат қилади. Бу усулни биринчи бўлиб 1963 йили Гарвардда бўлиб ўтган илмий конференцияда бизнес-сиёсатшунос профессор Кеннет Эндрюс таклиф этган ва асосан иқтисодиёт соҳасида бизнес лойиҳаларни стратегик режалаш ва баҳолаш учун қўлланилган. Кейинчалик бу усул бошқа соҳаларда ҳам қўлланила бошланди. Тиббиётда эса “SWOT таҳлили” усулини диагностика ва даволаш усуллари, профилактик чора-тадбирларнинг таҳлилида қўлаш мумкин.

Тадқиқот мақсади: Урология фанида «SWOT» педагогик технологиясини қўллаш

Тадқиқот материаллари ва усуллари: таълим усули самарадорлиги аниқлаш мақсадида тажриба синов жараёнига 165 нафар асосий гуруҳ ва 147 нафар талабалардан иборат назорат гуруҳи жалб қилинди.

“SWOT” методи:

SWOT – таҳлил тўрт йўналишда олиб борилади:

S – (strength) – кучли томонлари

W – (weakness) – заиф, кучсиз томонлари

O – (opportunitu) – имкониятлари

T – (treat) – тўсиқлар

Тадқиқот натижалари: Талабаларга “Простата безининг хавфсиз гиперплазияси” мавзуси “SWOT - таҳлил” жадвали асосида таҳлил қилиниш топшириғи берилади

Талабалар мавзу бўйича ўз фикрлари таҳлил қиладилар. Мазкур технологияси асосида ўтказилган машғулотда назорат гуруҳидаги 86 (58,5%) нафар талаба - аъло; 77 (52,3%) нафар талаба яхши; 125 (85,0%) нафар талаба қониқарли ўзлаштирди.

Тажриба гуруҳидаги 148 (86,9%) нафар талаба - аъло; 127 (76,9%) нафар талаба яхши; қониқарли ўзлаштирган талаба бўлмади.

Талабаларнинг “SWOT - таҳлил” жадвали технологияси бўйича таълимни ташкиллаштириш шакллантириш бўйича фикрлари ўрганилади
Назорат гуруҳидаги 72 нафар талаба жамоа бўлиб ишлашни (48,9%) ; 45 нафар талаба кичик гуруҳда (30,6%) ; 30 нафар талаба индивидуал (20,4%) ишлашни таклиф этдилар.

Тажриба гуруҳидаги 122 нафар талаба жамоа бўлиб ишлашни (73,9%) ; -37 нафар талаба кичик гуруҳда (22,4%) ; 6 нафар талаба индивидуал (3,6%) ишлаш афзал эканлигини таъкидладилар

Хулоса: “SWOT таҳлили” орқали талабалар бирор бир усулнинг кучли томонлари билан бирга унинг заиф томонларини ҳам ўрганадилар, бу усул имкониятлари билан унга нисбатан тўсиқлар ва хавфларни таҳлил қиладилар.

УРОЛОГИЯ ФАНИДА «РОЛЛИ ЎЙИН» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ

Шадманов М.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

“Ролли ўйин” технологиясининг мақсади можароли вазиятдамуаммоларни ечишнинг стратегияларини ўйнаш ва тажрибавий текширишдан, ўзининг ва ўзганинг ҳаракатларини англаш ҳамда таҳлил қилишдан, зарурият бўлганда нуқтаи

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

назар ва хулқ-атворни ўзгартиришдан иборат. Бу жараёнда беморни кузатиш қобилияти, ҳамкасблари билан ҳамкорлик асосида бемор муаммосини ечиш йўллари излаб топиш қобилияти ривожлантирилади. Бу технология педагогик шахсга йўналтирилган ўқув жараёнларини вужудга келтиришда ва соғломлаштиришнинг терапевтик жараёнларида қўлланилади.

Тадқиқот мақсади: Урология фанида «Ролли» педагогик технологиясини қўллаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: таълим усули самарадорлиги аниқлаш мақсадида тажриба синови жараёнига 165 нафар асосий гуруҳ ва 147 нафар талабалардан иборат назорат гуруҳи жалб қилинди. «Ролли» методи.

Ролли ўйиннинг босқичлари қоидалари тингловчиларга олдиндан тушунтирилади, шу аснода ўқув фаолиятининг ижодий характери таъминланади.

Ролли ўйинлар уч босқичга бўлинади:

1. Мотивация босқичи: тайёргарлик кўриш;
2. Ҳаракат босқичи (муаммони қўйиш ва уни ҳал қилиш): ўйин ва уни ўтказиш;
3. Анализ босқичи: натижаларни яқунлаш ва баҳолаш.

Тадқиқот натижалари: Технологияни муваффақиятли ташкил қилиш учун «Бўйрак ва сийдик айирув тизимида УТТ ва рентген диагностикаси» мавзуси бўйича можароли вазият яратилади ва тингловчилар орасидан бемор, доловчи врач, УТТ врачлари, рентген текшируви врачлари роллари тайинланади. Ҳар бир рол эгаси ўз вазифаси нуктаи назаридан мавзу бўйича фикрларини баён этадилар.

«Ролли ўйин» технологияси ўтказилгандан сўнг қуйидаги саволнома асосида тингловчиларнинг жавоблари таҳлил қилинади.

Мазкур технология асосида талабаларни ўқитиш натижасида ўтказилган саволномада назорат гуруҳида мазкур технология 78% талабага маъқул бўлган бўлган, асосий гуруҳда эса 86% талабага. Мавзу бўйича махсус касбий билимлар даражаси назорат гуруҳида 72%, асосий гуруҳда 87% ташкил қилган.

«Ролли ўйин» технологияси асосида тингловчилар ўзлаштириши қуйидагича бўлди: назорат назорат гуруҳидаги 12 (50%) нафар талаба - аъло; 8 (33,3%) нафар талаба яхши; 4 (16,6%) нафар талаба қониқарли ўзлаштирди.

Тажриба гуруҳидаги 26 (81,2%) нафар талаба - аъло; 6 (18,7%) нафар талаба яхши; қониқарли ўзлаштирган талабалар бўлмади.

Хулоса: Олий таълим муассасаларида ўқув жараёнида талабаларни фанга бўлган қизиқишини ошириш мақсадида янги инновацион таълим технологиялари ва усуллари қўллаш мақсадга мувофиқдир.

КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИКНИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРДА АҲАМИЯТИ

Юсупов Қ.М., Салиева М.Х., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Кадрлар тайёрлаш миллий дастурининг мақсади таълим соҳасини тубдан ислоҳ қилиш, ривожланган демократик давлатлар даражасида, юксак маънавий ва ахлоқий талабларга жавоб берувчи юқори малакали кадрлар тайёрлаш Миллий тизимини яратишдир.

Тадқиқот мақсади. Узлуксиз таълим соҳасида таълим тизимининг кадрлар салоҳиятини тубдан яхшилаш, тарбиячи, ўқитувчи, муаллим ва илмий ходимнинг касбий нуфузини ошириш муҳим ҳисобланади.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Тадқиқот материал ва усуллари. Дарҳақиқат, доимо янгиликка интилиб яшайдиган, ўз касбий салоҳиятини ошириш учун интиладиган, замон билан ҳамнафас бўлиб яшайдиган, жаҳон илғор тажрибаларидан кенг фойдаланидиган, миллат, халқ, ўз жамоаси манфаатларини ҳар томонлама муҳофаза эта оладиган кадрлар, шунингдек раҳбар кадрлар жамият равнақини таъминлашга қодирдир. Ўзбекистонни ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясининг «Ижтимоий соҳани ривожлантиришнинг устувор йўналишлари» деб номланган тўртинчи йўналишининг тўртинчи бандида таълим ва фан соҳасини ривожлантиришга доир вазифалар белгиланди.

Тадқиқот натижалари. Хусусан узлуксиз таълим тизимини янада такомиллаштириш йўлини давом эттириш, сифатли таълим хизматлари имкониятларини ошириш, меҳнат бозорининг замонавий эҳтиёжларига мувофиқ, юқори малакали кадрлар тайёрлаш, таълим ва ўқитиш сифатини баҳолашнинг халқаро стандартларини жорий этиш асосида олий таълим муассасалари фаолиятининг сифати ҳамда самарадорлигини ошириш каби масалаларга катта эътибор қаратилди. Таълим муассасалари раҳбарларига қўйилган асосий талаблар асосида фаолият олиб бораётган шахслар ишда тўғри йўлни танлай олиш, вазиятни педагогик таҳлил қила билиш; вазиятдан тўғри чиқа билиш, ҳар бир ишга ижодий ёндошиш; ўзининг шахсий ибрати, ишга бўлган муносабати билан педагогик жамоани ўз ортидан эргаштира билиш; педагогик маҳорат ва бошқара олиш маҳорати, фан ютуқларини ўзлаштириш; янги ғоялар, ички имкониятларни қидириб топиб, уни амалиётга татбиқ этиш; умуммаданиятлилик, зиёилик, миллий кадриятларни кадрлаш; жаҳон маданияти дурдоналаридан хабардорлик, дунёқарашнинг кенглиги; меҳрибонлик, инсонпарварлик, шахсни ҳурмат қилиш; ҳар бир педагог ходимга унинг характери, имкониятлари ва эҳтиёжидан келиб чиқиб вазифа бериш; жамоа ишончига кириш, айтилган фикр, таклиф, қабул қилинган қарорнинг ўз вақтида бажарилишига эришиш; педагогик жамоа, таълим олдида турган вазифалар, мақсадлар, истиқболни аниқ белгилаш; одамлар билан ўзаро самимий муносабат ўрнатиш, мулоқотга киришиш, жамоани ишонтира билиш; ёрдам бериш, ходимлар кайфиятини кўтариш, ихтиёрий-мажбурий ўз орқасидан эргаштириш; ҳар бир ишнинг муқобил вариант-ларини эътиборга олиш ва амалга ошириш; мантиқли, қисқа, лўнда, образли фикрлай билиш, фикрни қиёмига етказиш, ўз сўзамоллиги билан суҳбатдоши (ёки жамоа) қалбига кириш кабилар раҳбарда мужассам бўлмоғи керак; фидойилик, масъулиятлилик, поклик, қатъиятлилик, журъатлилик, жамоаси манфаати йўлида жонкуярлик кўрсатиш; меҳнатсеварлик, адолатлилик, ўзига ва ўзгаларга талабчанлик кўрсатиб, барчага намуна бўлиши кабиларга эътибор қаратиш керак.

Хулоса. Юқоридаги талаблар раҳбарнинг компетентлигини ташкил этади. Компетентлик тушунчаси нафақат аниқ билим ва кўникмалар, балки аниқ стратегия, мос эмоция ва муносабат, худди шунингдек, бутун бир тизимни бошқариш механизми мавжуд эканлиги талаб этиладиган мураккаб амалий масалаларни ҳал этиш билан боғлиқ.

OPTIMIZATION OF INDICATIONS FOR PROSTATE BIOPSY IN BIOPSY NAÏVE PATIENTS.

^{1,2}Giyasov Sh.I. , ¹Tukhtamishev M.H. ¹Shavakhabov Sh.Sh., ¹ Akhmedova F.Sh.,
Rakhimova A.N. ³

¹"Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology", (RSSPMCU, Tashkent, Uzbekistan).

²Tashkent Medical Academy (Uzbekistan).

³Kazan State medical university (Russia).

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Introduction. The biopsy of the prostate has been a standard diagnostic approach for prostate cancer over the past thirty years. Forehanded performed biopsy plays a key role in the diagnosis of localized prostate cancer. However, a high percentage of truly negative and false negative results of the primary biopsy, as well as a number of undesirable complications associated with the specificity of the procedure raise the question of the need to determine the optimal indications for this invasive procedure.

Objective. The aim of the study is to improve the results of early diagnosis of prostate cancer by optimizing the indications for performing a prostate biopsy.

Material and methods. Analyzed the results of 289 primary TRUS (transrectal ultrasonography) guided prostate biopsies performed on patients with a suspicion of prostate cancer. Patients were divided into two groups: first included 189 patients who underwent a systematic prostate biopsy; the 2nd - 100 patients who underwent preoperatively mp-MRI of the prostate with risk determination by PI-RADS v2 (Prostate imaging reporting and data system), then a systematic + targeted prostate biopsy.

Results. Adenocarcinoma was revealed in 124 (65.6%) patients of the 1st group. Among patients with total PSA (prostatic specific antigen) level of less than 20 ng/ml, the indicator was 35.3%. In this subgroup, the concurrency of the TRUS and DRE (digital rectal examination) data with the post-biopsy histological data was revealed in 17.6%, in patients over 20.1 ng/ml - 61.6%, $p < 0.001$.

Among patients of the second group, the cancer indicator was 16.64% in the 2-3 scores of PI-RADS, and 88.41% in 4-5 scores.

Among patients with 2-3 scores of PI-RADS, PSA level of less than 20 ng/ml and more than 20,1 ng/ml, the indicators were 4.88% and 43,72% respectively.

Conclusions. Whose total PSA level of less than 20 ng/mL, mp-MRI of prostate is a reliable method for determining the indications for prostate biopsy in biopsy naïve patients.

PI-RADS 2-3score should be divided into two subgroups. To patients with PI-RADS 2-3 and PSA levels less than 20 ng / ml, observing is preferable instead of biopsy. To the patients with PI-RADS 2-3 and PSA levels above 20.1 ng / mL strongly recommends performing a prostate biopsy.

REVIEW OF RESEARCH PAPERS FOR DIAGNOSIS OF PREMATURE EJACULATION

Akilov F.A², Rikhsiboev J.R.¹, Makhmudov A.T.^{1,2}, Aliev S.U.²
¹Tashkent state dental institute, ²Tashkent medical academy.

Actuality. Ejaculation is the release of semen from the male reproductive system. Premature ejaculation is when ejaculation happens sooner than desired during sexual activity. About 30% of men experience premature ejaculation, making it the most common male sexual disorder. There are various definitions of premature ejaculation, including the inability to control the ejaculatory reflex or reaching orgasm and ejaculating earlier than desired. A definition for premature ejaculation is given by the World Health Organization as "the inability to delay ejaculation sufficient to enjoy lovemaking, which is manifested by either an occurrence of ejaculation before or very soon after the beginning of intercourse or ejaculation occurring in the absence of sufficient erection to make intercourse possible." There are different opinions on what constitutes premature ejaculation based on the duration of intravaginal time. Some believe that any ejaculation occurring less than 1 minute after vaginal penetration is premature, while others argue that a normal intravaginal time should be at least 4 minutes and anything less than that is considered pathological. The definition of premature ejaculation remains both subjective and uncertain in the clinical context. Therefore, aim of this

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

study is to review and forecast research works related to premature ejaculation with time series methods.

Objective. To investigate premature ejaculation sexual disorder in male.

Material and methods. Article types in clinical trials including randomized controlled trials, books and documents, meta-analysis papers, review papers and systematic reviews were searched in online general and specialized databases, such as: MEDLINE by PubMed (1990 to 2022); EMBASE (1990 to 2022); LILACS (1990 to 2022); the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Cochrane Library, 2022); and by checking bibliographies, and researchers. Key words are premature ejaculation in male, definition of premature ejaculation. Literature selected based on randomized or quasi-randomized controlled trials for premature ejaculation and its definition. Works on premature ejaculation disorder were included systematics reviews and meta-analysis beside randomized trial studies.

Main results. Overall, based on quality and relevance 2024 published works since 1990 to 2022 year were selected for premature ejaculation and its definition. Collected data were sorted based on the key terms for further review. Overall data were analyzed with time series statistical method for visualization of near future. The trend line equation model forecasts with explaining power of 87.3% for studies on premature ejaculation, the forecast accuracy achieved $R^2=0.87$. Taking into account temporal factors, the model is predicted the research works related with premature ejaculation for the year of 2030 and it is expected approximately 164 publications on premature ejaculation.

Authors' conclusions. Our research has shown an increase in medical trials related to premature ejaculation in recent years. However, there is currently no universally accepted practical medical tool for diagnosing premature ejaculation. As a result, it is difficult to determine the effectiveness of intervention methods for treating premature ejaculation without accurate diagnosis. The existing literature on premature ejaculation diagnosis suggests that there is insufficient evidence to support the use of successful diagnostic tools. Further research is needed to develop precise methods for diagnosing premature ejaculation.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF COVID-19 IN NEWBORN CHILDREN

Jumaniyazova G.M, Tajieva Z.B.

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Materials and methods of research: A single-center pilot open observational prospective continuous study was conducted for 54 pediatric patients with a laboratory-verified diagnosis of COVID-19. We analyzed the main epidemiological data, including the age structure and features of the clinical course of this disease.

Results: The development of COVID-19 pneumonia was recorded in 11.5% of cases (6 patients), while pneumonia was statistically significantly more common in children of the first year of life, as well as older than 10 years (24% and 20% of cases, respectively) than in children of other age groups ($p>0.05$). CT-1 stage was registered in 52% of cases, CT-2 stage - in 40% of cases, CT-3 stage - in 8% of cases. The leading clinical symptoms of COVID-19 were hyperemia of the mucous membranes of the pharynx - 100% (54 patients); increase in body temperature - 95.9% (52 patients), the average figures were 37,60 C (36,6; 38,2) 0 C; cough - 19,7% (11 patients, 5 of them with pneumonia); diarrhea - 17,9% (10 patients); vomiting - 6,4% (4 patients); change in the auscultatory picture in the lungs - 3,7% (2 patients with pneumonia). Infants with COVID-19 were statistically more likely to have diarrhea than those over 10 years of age (35% and 4%, respectively, $p=0,001$). The development of cough was statistically significantly less frequently recorded in children of

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

the first year of life compared with patients older than 10 years (9% and 40% of cases, respectively, $p=0,004$), the same trend was observed in COVID-19 pneumonia (25% and 89% of cases respectively, $p=0,02$).

The purpose of the study: to identify the features of the clinical course of COVID-19 in children of different age groups.

Materials and research methods. In 2019-2021, a scientific study was conducted on 54 children who fell ill with COVID-19 and were admitted to the Urgench clinic of the branch of the Tashkent Medical Academy, the regional children's multidisciplinary medical center and the infectious diseases hospital. Verification of the diagnosis was carried out according to modern clinical and laboratory criteria for etiological diagnosis, including the detection of SARS-CoV-2 RNA in the material of a swab from the oropharynx by PCR. Verification of COVID pneumonia was carried out taking into account modern clinical and radiological criteria using specialized methods of radiation diagnostics. The study included children with a diagnosis of COVID-19 verified according to modern clinical and laboratory criteria. The study excluded patients with concomitant respiratory infections ($n=19$), with underlying somatic pathology (respiratory, cardiovascular systems) that could affect the course of COVID-19 ($n=6$).

Results. The sex composition of the studied patients was represented by 26 boys (48%) and 28 girls (52%). There were no statistically significant differences in sex composition in the compared age groups. Radiation diagnostic methods were used in 53,2% of cases in 29 patients), of which 28 underwent the procedure of multislice computed tomography of the chest organs (MSCT of the chest), 2 patients, mainly newborns, underwent chest X-ray. In 46.8% of cases (26 patients) there were no indications for radiological examination. The development of COVID-19 pneumonia was recorded in 12% of cases (6 patients). At the same time, CT-1 stage was recorded in 4 patients (56% of cases), CT-2 stage - in 4 (44% of cases), CT-3 stage was not detected. The results of laboratory tests for COVID-19 in children were also not particularly specific. As a rule, in most cases, the absence of pathological changes was recorded in the general blood test, in particular, the average leukocyte count was $7,2 (2,3; 16,4) \times 10^9 / l$, the relative number of neutrophils was 41 (32; 59)% , lymphocytes-59 (48; 84)%. An increase in the level of C-reactive protein (CRP) was also rarely recorded, the average level in the general examined group was $4,4 (,8;11,3) \text{ mg/l}$. At the same time, the level of CRP in patients with COVID-19 pneumonia was slightly higher- $9,6 (4,9;14,7) \text{ mg/l}$, however, no statistically significant differences were obtained ($p=0,3$).

Conclusion. The clinical picture of COVID-19 in children is characterized by non-specific symptoms. There is a certain trend towards more frequent development of COVID-19 pneumonia in patients of the first year of life, as well as puberty, which can be explained by the peculiarities of the immune response in these age periods. Infants with COVID-19 pneumonia are characterized by a high incidence of atypical course of the disease, while adolescents are more likely to show a symptomatic clinical picture of the disease, including more frequent development of symptoms of the disease, such as cough, as well as changes in the auscultatory pattern in the lungs. Many features of the clinical course of COVID-19 in children are unclear.

CHARACTER OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN ACUTE TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS IN CHILDREN ON THE BACKGROUND OF COVID-19

Ismoilova Z.A, Tajiyeva Z.B
Urgench branch of TMA, Khorezm

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Relevance. Renal manifestations are life threatening conditions such as end-stage renal disease, especially when associated with viral infections. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) is an emerging public health problem worldwide, potentially affecting all organs, including the kidneys. Most reports of renal manifestations have been done mainly on adults and the elderly, with a limited number on children.

Purpose of work: To study clinical and laboratory features of Covid-19-induced acute tubulointerstitial nephritis.

Materials and Methods. We studied 32 patients aged from 5 to 18 years with acute tubulointerstitial nephritis (ATIN) divided into 2 groups: General clinical - medical history, examination, blood and urine tests, instrumental - excretory urography, renal ultrasound, nephroscintigraphy, blood pressure tests, biochemical - blood and urine creatinine, PCR, bacteriological - urine culture for microflora, statistical methods were used during the investigation.

Results of the study. It was found that Covid-19 conditions of acute tubulointerstitial nephritis occurred in about 47% of our hospitalized children and 5 children requiring admission to the intensive care unit. Girls predominated in 18 (57%) of those with ATIN. The time frame for determination of OTIN after a history of Covid-19 disease from the date of admission ranged from three weeks to 2 months. Depending on the etiological factor we pointed out the following variants of ATIN: toxic-allergic - it was caused by bacterial infections (angina, otitis), increased protein breakdown (6 patients (19%)); viral infections - it developed against or immediately after acute respiratory infections (4 (12.5%)) and Covid-19 (15 (47%)). In 1 child (2.7%) the role of hemodynamic disorders (shock) was established.

When examining patients with ATIN, the degree of activity was established in accordance with the criteria proposed by N.A. Korovina, O.N. Rzhetskaya (1991).

Taking into account the problem of early diagnostics of tubulointerstitial nephritis, we should mark the peculiarities of clinical picture in this group. Clinic of ATIN in 19 children (60%) was on the 3rd - 4th day of the etiologic factor. The signs of intoxication prevailed (headache, lethargy, sleepiness, appetite decrease) - 58/93 (10/14), transient fever of subfebrile character - 47/80% (8/12), recurrent abdominal pains - 29/73% (5/11). Extra-renal manifestations (oedematous syndrome) occurred in 47/93% (8/14), isolated urinary syndrome 58/33% (10/5), tendency to hypotension 58/20% (10/3).

Conclusions. According to our observations, it is clear that at the admission of children with ATIN with a history of Covid-19 and Group 1, all of the analyzed parameters achieved significant differences compared to control, which is a reflection of impaired immunological reactivity of the child in the development of ATIN, while in children with ATIN against Covid-19 we observed more profound changes with respect to all the studied clinical and laboratory parameters.

In our opinion, this is associated with greater aggression of the pathogenic microorganisms causing Covid-19, which is the cause of more pronounced intoxication.

ROLE OF COMPLEX URODYNAMIC STUDY IN TREATMENT RETROGRADE EJACULATION IN INFERTILITY ASSOCIATED WITH DIABETES

Kahharov D.U. Fozilov A.A. Xodjimetov T.A.

Republician specialized scientific and practical medicine center of urology, Tashkent, Uzbekistan

Background: Approximately 14% of couples of reproductive age have a fertility problem,

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

defined as the inability to achieve pregnancy after a year of frequent intercourse without contraceptive protection.

Objective: To determine the prevalence of retrograde ejaculation in infertile patients with diabetes in Uzbekistan and estimate role of complex urodynamic study in diagnosing.

Material and method: Retrograde ejaculation was diagnosed by post-orgasmic urinalysis in 47 infertile diabetic patients. (from 01.01.2022 to 01.01.2023). All these patients underwent uroflowmetry examination. Cystometry was recommended for those (13, 27.6%) with the bladder volume greater than 500 ml.

Results: According to the results of the cystometry test, it was found that the sensitivity of the bladder in these patients has decreased. In this category of patients, the feeling of fullness in the bladder is noted late, and in them, internal sphincter deficiency occurs due to excessive expansion of the bladder. In patients diagnosed with retrograde ejaculation, sexual intercourse with a full bladder is recommended as the first priority in the treatment strategy. But recommending this to patients with reduced sensitivity of the bladder would be an inappropriate treatment strategy. On the contrary, it is appropriate to have sex with them when the bladder volume is small.

Conclusions: In conclusion, we can say that cystometry is definitely recommended for such patients whom diagnosed retrograde ejaculation with diabetes and infertility, if voided volume is higher than 500 ml detected in uroflowmetry. We will continue our research in this regard.

TREATMENT OF LOCALIZED KIDNEY CANCER

Khojiboev M.A., Ergashev B.A.

Germany, Klinika Helios Saxonia

Introduction. Currently, the number of newly diagnosed kidney tumors with a diameter of up to 7 cm is growing. This is due to the introduction of the latest diagnostic methods - ultrasound, CT, MRI. Due to resistance to chemotherapy and radiation therapy, surgical treatment remains the only radical method of treatment. Early diagnosis of the disease allows performing CCA with good early and long-term results.

Materials and methods.

For the period from 2003 to 2011, 16 patients with T1NM0 RP were operated on on the basis of the urological department of GBUZ NO GKB No. 30: 7 men and 9 women.

Results. Of these, 5 were diagnosed with a cyst of the 4th class according to Bosniak before the operation. The tumor was localized: in the upper segment in 4 cases, in the middle segment in 6 cases, in the lower segment in 6 cases. The size of the tumor was from 2 to 5 cm. A standard examination was performed before the operation. 10 planar and 6 wedge-shaped kidney resections were performed. In 6 patients, the segmental artery was ligated before resection. Lymph node dissection was performed in 6 patients. In this group of patients, the tumor diameter was more than 4 cm. Antibacterial and detoxification therapy was carried out in the postoperative period.

Postoperative complications were not revealed. There are no lethal outcomes. The average postoperative bed-day was 10.4. Dynamic observation of tumor recurrence in the operated kidney was not revealed. No lesions of the contralateral kidney were found. Metastasis in the LU, no distant foci.

Conclusions. Detection of RP at an early stage allows performing organ-preserving surgical treatment with good results.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

STUDY ON MALE SEXUAL DISORDER: ERECTILE DYSFUNCTION AND PREMATURE EJACULATION

Rikhsiboev J.R.¹, Makhmudov A.T.^{1,2}, Aliev S.U.², Shavakhabov Sh.Sh¹
¹Tashkent state dental institute, ²Tashkent medical academy

Actuality. Male sexual dysfunction is a set of conditions, such as erectile dysfunction, Peyronie's disease, and premature ejaculation, characterized by difficulties in sexual performance. The likelihood of experiencing male sexual dysfunction increases with age, with over 50% of men between 40 to 70 years old experiencing some degree of erectile dysfunction. Factors that may increase the risk of male sexual dysfunction include aging, diabetes, cancer, stroke, high blood pressure, penile injury, depression, anxiety, and abnormalities in the functioning of certain neurotransmitters and receptors in the brain. Men who ejaculate either before or soon after penetration, without a feeling of control, and who feel distressed as a result may be diagnosed with premature ejaculation. These problems are relatively common and can be a cause of embarrassment and dissatisfaction for patients, according to many clinicians. It is the clinician's responsibility to investigate and educate patients about these conditions, and to offer evidence-based treatments that are rational and scientifically sound. Therefore, aim of this study is to explore research on male sexual disorder and its forecasts in near future.

Objective. To explore scientific issues related with sexual disorder in male.

Material and methods. Literature searches on clinical trials including randomized controlled trials were conducted in online and specialized databases, such as: MEDLINE by PubMed (1997 to 2022); EMBASE (1997 to 2022); the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Cochrane Library, 2022); and by checking bibliographies, and researchers. Key words are "male sexual disorder", "erectile dysfunction" and "premature ejaculation". The literature selection for male sexual disorder and dysfunction focuses on randomized or quasi-randomized controlled trials. In addition to these studies, systematic reviews and meta-analyses of research on sexual disorders were also included.

Main results. Review papers based on quality and relevance 310 published articles since 1997 to 2022 year were selected on male sexual disorder, erectile dysfunction and premature ejaculation. Collected data were systematically analyzed and sorted for further reviews. Overall data were statistically analyzed with time series statistical method for visualization of near future. Research works counts on male sexual disorder, erectile dysfunction and premature ejaculation reported a higher exponential increment in recent years. The trend of the time series forecasting model reached 60% power of explaining. In other word the forecast accuracy reached $R^2 = 0.60$. Taking into account temporal factors, the exponential trend line model predicted the research studies counts on the problem of male sexual disorder, erectile dysfunction and premature ejaculation for the year of 2030 and they are expected approximately 47 research studies.

Authors' conclusions. Based on our findings it is obvious that medical trials on male sexual disorder has exponential growth. Research on erectile dysfunction and premature ejaculation are also increasing. Initial summaries indicate that disorders in the timing of ejaculation can significantly affect sexual pleasure for both men and their partners. To effectively manage these disorders, the panel recommends that shared decision-making be prioritized, with a focus on involving sexual partner(s) in the decision-making process when possible. This approach can lead to better outcomes.

ASSESSMENT OF FACTORS AFFECTING THE HEALTH OF EARLY CHILDREN.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Tajieva Z.B. PhD. Head of the Department of Pediatrics and Higher Nursing of the Urganch branch of the Tashkent Medical Academy
Yuldasheva L.O., Rajabova D.O.
Student of Urganch Branch of Tashkent Medical Academy.

The purpose of scientific work. Study of factors affecting the health of early childhood.

Materials and styles. Health conditions of 200 early-aged children were studied. The object of the study is children who were treated from July 2021 to December 2021 at the pediatric department of the Urganch branch clinic of the Tashkent Medical Academy.

Results. There were 200 children in total, 110 girls and 130 boys. According to the received data, the morbidity rate among these children was higher than 200 and made 326 (165.6%). The relatively low rate of general morbidity is the reason why not all diseases are recorded in outpatient cards. According to the information obtained using the questionnaire, 43% of parents try to treat their child without consulting a doctor.

Among the examined children, according to the application, it can be seen that the incidence is most often recorded in children under 1 year of age. After 2 years of the child's life, the morbidity has a tendency to decrease, and it has increased slightly in 4-5 years. This can be explained as the result of increased attention of medical staff, patronage, and medical examinations in the first year of a child's life and in the next 4-5 years before school.

According to the appeal of children, among the indicators of morbidity, according to the composition and degree, diseases of the respiratory system are in the first place (80%). Diseases of the respiratory system among girls are 44.2%, and among boys 55.8% ($r^{0.05}$). It can be seen that girls have a higher adaptive system than boys. Diseases of the respiratory system have different indicators at different ages.

Most cases occur in children under 1 year of age, due to the fact that their respiratory system is not yet mature. Obstructive bronchitis (62.5%), acute simple bronchitis (15.5%) and other diseases (22%) are the main causes of respiratory system diseases. 12% of obstructive bronchitis is relapsing. The main cause of these diseases (76%) was found to be atopy, despite the fact that 68% of these children had already received antibiotics for treatment. The relatively high prevalence of chronic bronchitis, angina, and flu in children under the age of 5 is noteworthy, as these diseases increase the risk of developing chronic broncho-pulmonary diseases.

Summary. Thus, in the structure of morbidity in children under 3 years of age, respiratory system diseases are high, and there is a high probability of becoming a chronic form. Doctors and pediatricians should pay serious attention to children's diseases of the respiratory system.

CHARACTERISTICS OF FUNCTIONAL CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH RECURRENT CH I BRONCHITIS AND PROLONGED CH I Y FEVER.

Tajieva Z.B., Jumanazarova G.U.
Urganch Branch of Tashkent Medical Academy

Sign in. Young in children breath get pathology with illness children of pulmonology important from problems one being remains, breath get system diseases organs and functional disorders of systems with passing , eng less studied , breath get with closely depends has been and body with oxygen in providing directly participation which heart-blood vein system h am attraction q suspension with passing disease being remains.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

Research purpose: long continue which cough with passing recurring with bronchitis in children heart-blood vein functional changes in the system features study.

Materials and research methods . We right now of life in the first 3 years Diagnosis of recurrent bronchitis (RB). with , babies in the department 45 people lying down bedridden patient with recurrent bronchitis the children We checked , 25 of them are under 1 year old, 12 are under 2 years old and 8 under 3 years of age has been children _ Children It was studied in 2 groups. 1st group – heart in ECG examinations change with Recurrent bronchitis was detected - 30 cases, 2 groups and the heart in ECG examinations change you are going through Recurrent bronchitis was detected in 15 children observed. 28 of the children under investigation son and 17 are girls . To realize the goal again Clinical - anamnestic , functional and instrumental (ECG E C XOCG) examinations , narrow specialists consultations (ENT, neuropathologist, ophthalmologist.) and taken from parents from questionnaires

Results and discussions. As a result of the study, in 37 children , ante- and intranatal of hypoxia combination note done 15% of the children in the study died in term born but the body weight is low, i.e. 2200-2500 g, 15% with a higher body weight, i.e. 3300-3500 g. 65% of children from term i before born , 3 of them. 1200-1500 which is very low weight g. Electrocardiographic information in learning heart-blood vein system different level of functional disorders symptoms were detected in children of the 1st group - 90.2% of cases . In children heart-blood vein functional disorders of the system main signs (86.4%), " marbling " of the skin (84.7%), heart change of muffled sounds (37.3%) to accentuation (30.5%) , bradycardia (23.7%) and tachycardia (22.0%), arrhythmia (22.0%) and myocardial ventricular repolarization violation (100%) was observed. Rhythm and of conductivity violation new born complete term 85.7 percent of infants and early born in 80 percent of infants perinatal central nerve system damage with observed . Belly extrasystole only early born Ч is in the gills observed. Disorders of the structure of cardiac arrhythmias are as follows: sinus tachycardia or arrhythmia - 25, sinus bradycardia - 6, extrasystole -3, supraventricular paroxysmal tachycardia - 3, ectopic rhythm - 2, sinus node weakness syndrome -1, syndrome - WPW - 1, atrioventricular block - 1 observed in a child. In 2/3 of children, depression of the ST segment, inversion, and a decrease in the amplitude of the T wave were noted, which was observed to be expressed more strongly in children of the early neonatal period.

Conclusion. Signs of various levels of functional disorders of the cardiovascular system were detected in 90.2% of children of the 1st group. Disease in children heart-blood vein functional disorders of the system main signs with . Rhythm and conduction disorders were observed in 85.7% of full-term newborns and 80% of premature babies with damage to the perinatal central nervous system. Therefore, the autonomous regulation of heart rate in children today remains an urgent problem not only for pediatricians, but also for narrow specialists in general.

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СОДЕРЖАНИЕ

МОДИФИЦИРОВАННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ CLAVIEN ПРИ ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ У ДЕТЕЙ	3
Абдукаримов О.О., Наджимитдинов Я.С., Шавахабов Ш.Ш., Косимов О.И.	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНЕФРИТА	4
Абдулазизов С.А.	
РОЛЬ УЗИ И КТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК	4
Абдулазизов С.А.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ $\alpha 1$-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	5
Абдулазизов С.А., Адашев А.И.	
РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ЛИМФОИДНЫМИ УЗЕЛКАМИ И ИХ ПЛОЩАДИ МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА У ЧЕЛОВЕКА	6
Абдулазизов С.А., Рустамов У.М.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТОНИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	7
Абдулазизов С.А.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	7
Абдуллажанов М.М., Юнусов Д.С., Турсункулов А.Н., Асатуллаев А.Б., Гайбуллаев О.А.	
ПИЛОТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ УНИВЕРСАЛЬНОГО ВОПРОСНИКА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.	8
Акилов Ф.А., Мухтаров Ш.Т., Худайбергенов У.А., Абдукаримов О.О.	
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ УНИВЕРСАЛЬНОГО ВОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.	9
Акилов Ф.А. Худайбергенов У.А. Абдукаримов О.О.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

<p>КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИЛОКАЛЬНОЙ ДВУСТОРОННОЙ СРАВНИТЕЛЬНОЙ СКРОТОАКСИЛАРНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОШОНКИ</p> <p>Аллазов И.С.</p>	10
<p>ПРЕИМУЩЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МОШОНКИ ПО ЛИНИИ ВЕСЛИНГА</p> <p>Аллазов И.С.</p>	11
<p>НОВЫЙ ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАТИК ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</p> <p>Аллазов С.А.</p>	12
<p>ЗАБЫТЫЙ И НЕ ЗАБЫТЫЙ МУЛЬТИЛОКАЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ (МЛИИ) В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</p> <p>Аллазов С.А., Аллазов Х.С, Маманазаров Д.М.</p>	15
<p>МУЛЬТИОРГАННАЯ ОПЕРАЦИЯ</p> <p>Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н.</p>	16
<p>ЛОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ЛАГОХИЛУСОМ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ МАКРОГЕМАТУРИЯХ</p> <p>Аллазов Х.С. Мансуров У.М., Аллазов И.С., Ботиров Б.А.</p>	18
<p>ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОЧЕПОЛОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</p> <p>Ахмадходжаева М.М., Усманова Г.К., Мирмухамедов Б.Б., Минаваров А.А.</p>	19
<p>ПРОФИЛАКТИКА ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ</p> <p>Ахмадходжаева М.М., Усманова Г.К., Мирмухамедов Б.Б., Минаваров А.А.</p>	21
<p>ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ УРЕТЕРЦИСТОНЕОАНАСТОМОЗЕ</p> <p>Бахадырханов М.М., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Назаров Д.А., Нуриддинов Х.З.</p>	22
<p>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОЧКИ</p> <p>Беляев А.Л., Рахмонов Ф., Маматкобилов Т.Э.,Наджимитдинов Я.С.</p>	24

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ НАРУЖНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН	25
Бобоев Р.А.	
ВОЗРАСТНЫЕ НЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИПА УРЕТРЫ	26
Бобоев Р.А., Косимхожиев М.И., Садикова Д.И.	
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛИПА УРЕТРЫ	27
Бобоев Р.А., Косимхожиев М.И., Садикова Д.И.	
ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ УРЕТРЫ У ЖЕНЩИН	28
Бобоев Р.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	29
Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	30
Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	32
Болтаев М.И., Тилляшайхов М.Н., Мирхамидов Д.Х.	
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАМНЯМИ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ	34
Ботиров Б.А., Умаров А.У., Шодмонова З.Р., Аллазов С.А.	
ПОЧЕЧНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ	35
Гафаров Р.Р., Искандаров Ю.Н., Аллазов С.А.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	36
Джуманиязова Г.М., Тажиева З.Б.	
ЗНАЧЕНИЕ ПАЛЬЦЕВОГО РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ	37
Закиров Х.К., Кудрявцев С.П., Шавахабов Ш.Ш., Юлдошев А.А.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ И ОБЛИТЕРАЦИЯМИ УРЕТРЫ У МУЖЧИН	38
Ибрагимов Ф.А, Рустамов У.М	
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРАТНОГО УРОЛИТИАЗА	39
Ибрагимов Ф.А. Садикова Д.И.	
ПОСЛЕДСТВИЯ ЭНУРЕЗА	40
Ибрагимов Ф.А	
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПОЧЕК	41
Иброхимов Х., Саидкомолов Р.Ф., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.	
ОЦЕНКА УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЗВОНОЧНО-МОЗГОВОЙ ПАТОЛОГИИ	42
Искандаров Ю.Н., Камолов Н.А., Абдурахмонов Ф.Р.	
ДОЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТ	43
Искандаров Ю.Н., Аллазов С.А.	
ХАРАКТЕР КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ COVID-19	45
Исмоилова З.А	
ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ ПОРАЖЕНИЯ НА ФОНЕ COVID-19 У ДЕТЕЙ.	46
Исмоилова З.А.	
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМФИЗЕМАТОЗНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ	46
Кадыров Н.У., Режавалиев К.Р., Наджимитдинов Я.С.	
ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ	47
Камалов Н.А., Аллазов С.А.	
НЕКРОТИЧЕСКИЙ ФАСЦИИТ И БАНАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	49
Камолов Н.А., Аллазов С.А., Махмудов Ш.Б., Аллазове И.С., Маманазаров Д.Ш.	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ	50
Камолов Н.А., Аллазов С.А., Батиров Б.А.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНАЯ ЭТИОЛОГИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	51
Курбанова Д.И., Халимжонова М.И., Усманова Ф.Т.	
ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ УРОЛИТИАЗА В ЭКСТРЕННЫХ И НЕОТЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ	52
Латипов А.О., Аллазов С.А., Умаров А.У., Аллазов И.С.	
ЛИТОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ УРАТНОМ ЛИТИАЗЕ	53
Мамадалиев А., Сайфетдинов С.И., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.	
КРЕАТИВНОСТЬ – ВАЖНЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ	54
Мамаджанова М.Р.	
ФОРМИРОВАНИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТОВ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА	55
Мамаджанова М.Р.	
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ ВРАЧЕЙ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ	56
Мамажанова М.М., Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Ходжихамадова Р.Ю., Насирдинова М.А.	
ОСНОВА ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ - ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (ЗОЖ)	58
Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С., Мухитдинова Н.	
ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА МУЖСКУЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ	60
Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.	
ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ НЕФРОЛОГИЯ	61
Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.	
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	61
Мамаризаев А.А., Рустамов У.М., Хамраев О.А.	
ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОТЯЖЁННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ	62
Мамаризаев А.А., У.М., Ибрагимов Ф.А., Эргашев Б.А.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК	63
Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.	
ВРЕДНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРУД ОПЕРИРУЮЩИХ ВРАЧЕЙ	64
Мирзаева М.М., Салиева М.Х., Ходжихматова Р.Ю., Насирдинова М.А., Хажиматов Р.С.	
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ	65
Мирзаева М.М., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С., Салиева М.Х.	
СЕКСУАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПОСЛЕ УРЕТРОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГНУТЫХ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО ПОВОДУ ГИПОСПАДИИ	67
Наджимитдинов Я.С., Рахимджанов М.	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ CLAVIEN-DINDO.	68
Наджимитдинов Я.С., Ахмадалиев Т.	
ОЦЕНКА РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ КАК ЭФФЕКТИВНОГО И БЕЗОПАСНОГО МЕТОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК	69
Назаров Дж.А., Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Аюбов Б.А., Бахадырханов М.М, Нуриддинов Х.З.	
НЕОТЛОЖНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ КАМНЕМ	70
Насиров Ф.Р., Шавахабов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р.	
ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МУЛЬТИКИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПОЧЕК	71
Нишонов Ш.Ш., Рустамов У.М., Хамраев О.А., Мамаризаев А.А.	
ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ	72
Нишонов Ш.Ш., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

ОПТИМАЛЬНОЕ СОЧЕТАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОЧЕК	73
Нишонов Ш.Ш., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.	
ПЕРКУТАННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ КИСТ.	74
Отажанов О.Р.	
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	75
Отажонов О.Р.	
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В УРОЛОГИИ	76
Рустамов У.М., Саидкомолов Р.Ф., Сайфетдинов С.С., Тоиров О.	
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ЕГО ОБСТРУКЦИИ	76
Рустамов У.М., Абдулазизов С.А., Хужамбердиев У.Э., Сайфетдинов С.	
НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ	77
Рустамов У.М., Садикова Д.И., Шадманов М.А., Хамраев О.А., Бобоев Р.А.	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОЛИТИАЗА	78
Садикова Д.И., Рустамов У.М., Турсунов Г.М.	
ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА	79
Садикова Д.И., Усманова Ф.Т., Юсуфалиева Г.М.	
ПИЕЛОНЕФРИТ В ГЕРИАТРИИ	80
Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.М.	
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	81
Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М., Хужамбердиев У.Э.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АДЕКВАТНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ОБЩЕЙ И РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ИНТРО И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	82
Садикова М.А.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

<p>НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ</p> <p>Саидахмедов А.С., Наджимитдинов Я.С., Абдукаримов О.О</p>	84
<p>КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ У ДЕТЕЙ</p> <p>Саидахмедов А.С., Косимов О.И., Наджимитдинов Я.С.</p>	85
<p>ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <p>Сайфетдинов С.С., Тожиддинов М.А., Кучкаров Ж.Ф., Абдулазизов С.А.</p>	86
<p>ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ПОЛИКИСТОЗЕ</p> <p>Сайфетдинов С.С., Тожибоев Т., Фархадов М.У., Каримов М.О.</p>	87
<p>МЕТАФИЛАКТИКА УРОЛИТИАЗА</p> <p>Сайфетдинов С.С., Садикова Д.И., Нишонов Ш.Ш.</p>	88
<p>ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ – ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА</p> <p>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Юсупов К.М., Минаваров А.А.</p>	88
<p>ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ О ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ</p> <p>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Халмирзаева С.С., Усманова Г.К. Мирмухаммедов Б.Б.</p>	90
<p>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА</p> <p>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Ахмадходжаева М.М., Арабов Ш.</p>	91
<p>ОВОЩИ В ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ РЕБЁНКА</p> <p>Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Мадаминова Д.С., Салиева М.Р.</p>	93
<p>ЗНАЧИМОСТЬ ВИДА НЕФРОСТОМИЧЕСКОЙ ТРУБКИ В ЧАСТОТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СТАНДАРТНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОТОМИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.</p> <p>Сафаев Ё.У., Шавахабов Ш.Ш., Рихсибоев Ж.Р.</p>	94
<p>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ</p> <p>Тажиева З.Б., Ражабова Д.О., Юлдашева Л.О.</p>	95

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ	96
Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.	
СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА ДЛЯ ДЕТЕЙ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	97
Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.	
ФАКТОРЫ РИСКА, РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ	98
Тажиева З.Б., Юлдашева Л, Раджабова Д.	
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	99
Тожидинов М.А., Солиев М.Б., Рустамов У.М., Адашев А.И.	
УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ НАРУШЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	100
Тоиров О.Б., Иброхимов И., Бегижонов Х., Юлдашев М., Султанов А.С.	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У МУЖЧИН	100
Тоштемиров А., Каримов М.О., Султанов А.С., Фархадов М., Рустамов У.М.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРГЕНТНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ	101
Тухтасинов А.А., Саидкомолов Р.Ф., Турсунов Г.М.	
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА	102
Усманова Г.К., Салиева М.Х., Минаваров А.А., Хажиматов Р.С., Ахмаджонов Ш.	
РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	103
Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Ходжихматова Р.Ю., Умурзакова М.Р.	
РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ ФЕРМЕРСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	104
Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Минаваров А.А., Ходжихматова Р.Ю.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЖЧИН	105
Усманова Г.К., Ахмадходжаева М.М., Минаваров А.А., Мирмухамедов Б.Б.,	
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ – ИСТОЧНИК УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	106
Халмирзаева С.С., Салиева М.Х., Мамажанова У., Муминов О.	
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС РАЗРАСТАНИЯ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОСТАТЫ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	107
Хамраев О.А., Косимхожиев М.И.	
АТИПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ	108
Хамраев О.А., Косимхожиев М.И.	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КАМНЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	109
Хамраев О.А., Садикова Д.И., Рустамов У.М.	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК	110
Хамраев О.А., Садикова Д.И., Хужамбердиев У.Э.	
ВИДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.	111
Хасанов Д.Ш., Хакимов Т.А.	
УРОДИНАМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ	112
Хужамбердиев У.Э., Ибрагимов М.Ё	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРИКТУРОЙ ЛМС.	113
Хасанов М.М., Абдуфаттаев У.А., Номонов А.А.	
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МУЖЧИН С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЦИСТОПАТИЕЙ.	115
Ходжиметов Т.А. Каххаров Д.У., Шавахабов Ш.Ш.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДЕРИВАЦИИ МОЧИ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ	116
Шадманов М.А., Рустамов У.М., Бобоев Р.А., Хамраев О.А.	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ	117
Шадманов М.А., Садикова Д.И., Бобоев Р.А.	
ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ	118
Эргашев Б.А., Хожибоев М.А., Ибрагимов Ф.А.	
НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В ЛПУ	118
Юсупов К.М., Салиева М.Х., Мамажанова М.М., Авазбеков А.	
INNOVATSION TEXNOLOGIYA TA'LIM JARAYONINING ASOSI SIFATIDA	119
Rahmatova Z.M.	
PEDAGOG FAOLIYATIDA KREATIVLIK TUSHUNCHASI	120
Rahmatova Z.M.	
OKSALAT NEFROPATIYALI BOLALARDA PARHEZNI OPTIMALLASHTIRISH	122
Tajieva Z.B., Rajabova D.O., Yuldasheva L.O.	
ХОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШ	123
Абдулазизов С.А., Тоиров О., Сайфетдинов С.С, Хужамбердиев У.Э..	
АЁЛЛАР УРЕТРАСИ ПОЛИПИДАГИ ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	124
Бобоев Р.А.	
ҚАЙТАЛАНУВЧИ БРОНХИТ ВА УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ ЙЎТАЛ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДАГИ ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ	125
Жуманазарова Г.У., Тажиева З.Б.	
ОДАМ СИЙДИК АЖРАТИШ ЙЎЛЛАРИ ДЕВОРИДАГИ ЛИМФОИД ТУГУНЛАРИ АНАТОМИЯСИ	126
Қахаров З.А., Абдулазизов С.А.	
БУЙРАК КИСТАСИНИ МАЛОИНВАЗИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ КУЛЛАШ	127
Иброхимов М., Абдулазизов С.А., Турсунов Г.М.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

СИЙДИК ПУФАГИ ЛЕЙКОПЛАКИЯСИДА ЦИТОКЕРАТИННИ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ АНИҚЛАШ	128
Мамаризаев А.А., Солиев М.Б., Ортикматов Э.А.,	
ХОМИЛАДОРЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ	129
Садикова Д.И., Абдулазизов С.А.	
СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА КЕЧИШНИ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ	130
Садикова Д.И., Курбанова Д.И., Усманова Ф.Т.	
ХОМИЛАДОРЛИКДАГИ МУАММО	131
Садикова Д.И., Юсуфалиева Г.М., Усмонова Ф.Т.	
СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ ВА ИЧИМЛИК СУВИНИНГ ҚАТТИҚЛИГИ	132
Шерқўзиёва Г.Ф., Саломова Ф.И.	
ПРОСТАТА БЕЗИ САРАТОННИ ЭРТА АНИҚЛАШ УСУЛЛАРИ АҲАМИЯТИ	133
Хасанов Д.Ш., Мамадалиев М.М., Ибрагимов О.С.	
ПРОСТАТА ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ ТРАНСУРЕТРАЛ РЕЗЕКЦИЯСИДАН КЕЙИН ҲАМ САҚЛАНИБ ҚОЛАДИГАН ИРРИТАТИВ СИМПТОМЛАР ПРЕДИКТОРЛАРИ	134
Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.	
СИЙДИК НАЙИ ТОШЛАРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛ ЛИТОТРИПСИЯСИ САМАРАДОРЛИГИ ПРЕДИКТОРЛАРИ	135
Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.	
ПРОСТАТА ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ ОПЕРАТИВ ДАВОСИДАН КЕЙИН БЕМОР МУСТАҚИЛ ПЕШОБ ҚИЛА ОЛИШИ ПРОГНОЗИ	136
Худайбердиев Х.Б., Акилов Ф.А.	
УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ПРОГНОСТИК ХАРИТАСЕНИ КУЛЛАШ	137
Шадманов М.А.	
УРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШДА ОИЛАВИЙ ШИФОКОРДА КОМПЕТЕНТЛИКНИ РИВОЖЛАНТИРИШ	138
Шадманов М.А.	

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

УРОЛОГИЯ ФАНИДА «АҚЛИЙ ҲУЖУМ» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ Шадманов М.А.	139
УРОЛОГИЯ ФАНИДА «МУЗЁРАР» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ Шадманов М.А.	140
УРОЛОГИЯ ФАНИДА «SWOT - ТАҲЛИЛ» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ Шадманов М.А.	141
УРОЛОГИЯ ФАНИДА «РОЛЛИ ЎЙИН» ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ Шадманов М.А.	142
КАСБИЙ КОМПЕТЕНТЛИКНИ ПЕДАГОГ КАДРЛАРДА АҲАМИЯТИ Юсупов Қ.М., Салиева М.Х., Салиева М.Р., Мадаминова Д.С.	143
OPTIMIZATION OF INDICATIONS FOR PROSTATE BIOPSY IN BIOPSY NAÏVE PATIENTS. Giyasov Sh.I. , Tukhtamishev M.H. Shavakhabov Sh.Sh., Akhmedova F.Sh., Rakhimova A.N.	144
REVIEW OF RESEARCH PAPERS FOR DIAGNOSIS OF PREMATURE EJACULATION Akilov F.A, Rikhsiboev J.R., Makhmudov A.T., Aliev S.U.	145
CLINICAL CHARACTERISTICS OF COVID-19 IN NEWBORN CHILDREN Jumaniyazova G.M, Tajieva Z.B	146
CHARACTER OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS IN ACUTE TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS IN CHILDREN ON THE BACKGROUND OF COVID-19 Ismoilova Z.A, Tajiyeva Z.B	147
ROLE OF COMPLEX URODYNAMIC STUDY IN TREATMENT RETROGRADE EJACULATION IN INFERTILITY ASSOCIATED WITH DIABETES Kahharov D.U. Fozilov A.A. Xodjimetov T.A.	148
ASSESSMENT OF FACTORS AFFECTING THE HEALTH OF EARLY CHILDREN. Tajieva Z.B., Yuldasheva L.O., Rajabova D.O.	150

"INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF UROLOGICAL DISEASES"

CHARACTERISTICS OF FUNCTIONAL CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CHILDREN WITH RECURRENT CH I BRONCHITIS AND PROLONGED CH I Y FEVER.

151

Tajieva Z.B., Jumanazarova G.U.